

【様式 4 - 2】

令和 年 月 日

秋田県知事 あて

住所

商号又は名称

代表者職氏名 印

採用力拡大支援事業業務委託に関する共同提案者について

共同提案者	住所	
	商号又は名称	
	代表者職氏名	印
	住所	
	商号又は名称	
	代表者職氏名	印

	住所
	商号又は名称
	代表者職氏名 印

※複数の者で共同提案する場合は、【様式4】参加資格確認申請受付票に本様式を添付してください。

※共同提案者の欄は、必要に応じて加除してください。