【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。