（様式２）

県営住宅入居者生活支援事業におけるトライアル・サウンディング

事業者の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 従業員数 | 人 | |
| 資本金 | 円 | |
| 主たる担当者 | 職（所属） | 氏名・年齢 |
| 法令による資格 | 経験年数 |
| 同種・類似  事業の実績  　　　 有 □  　　　 無 □ | 事業の名称 | |
| 事業の概要 | |
| 事業の名称 | |
| 事業の概要 | |
| その他の  特記事項 |  | |

※　２者以上共同で実施する場合は、事業者１者につき１枚作成してください。

※　経験年数については、当該事業に関係するものとします。

※　過去１０年間の同種、類似の事業実績について記載してください（最大２件）。

※　事業者の定款又は寄付行為、役員名簿（事業者が個人事業主の場合を除く。）を添付してください。