（様式５）

「ふじさわ障がい者プラン２０３２（仮称）」

策定支援業務受託候補者審査結果確認書

年　　月　　日

藤沢市長

所在地

会社名

電話番号

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　印

２０２５年（令和７年）　月　日に通知された「ふじさわ障がい者プラン２０３２（仮称）」策定支援業務の受託候補者選定内容について、確認したく申し出ます。

担当者所属・氏名

連絡先電話番号

E-mail