

様式第1号

和光市成人対象の集団健診業務委託公募型プロポーザル参加申請書

令和 年 月 日

あて先

和光市長 柴 崎 光 子

(参加申込者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

和光市成人対象の集団健診業務委託に係る公募型プロポーザルへの参加について申し込みます。

なお、和光市成人対象の集団健診業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領の「2 応募資格(1)」の(ア)から(ソ)まですべて該当していることを誓約します。

【本件に係る連絡先】

部署名

担当者名

電話番号

E-mail