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　﨑　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公募型プロポーザル実施要領の「２応募資格」の（１）から（１５）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