（様式１）

令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

　次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：令和４年度「第５期横浜市地域福祉保健計画」策定支援業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail