令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

所在地

法人名

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：医療型学齢後期障害児支援事業業務委託

|  |
| --- |
| ＜連絡担当者＞ |
| 所属 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-MAIL |  |