

**様式 1**

受付番号	
------	--

年 月 日

(あて先) 京都市長 松井 孝治

**児童手当、子ども医療、高校進学・修学支援金等業務委託公募型プロポーザル**

**参 加 表 明 書**

参加者	
事業者名	
代表者氏名 (記名押印又は署名)	
所在地	〒
連絡窓口	
氏名 (ふりがな)	
所属 (部署名)	
役職	
所在地	〒
電話番号 (代表・直通)	
FAX番号	
メールアドレス	