

参加申請書

(あて先) 京都市保健福祉局長寿社会部 長寿福祉課長	年 月 日
申請団体の主たる事務所の所在地	申請団体の名称及び代表者名 (記名押印又は署名) 印 電話

平成27年度高齢社会対策実態調査に係る業務について実施されるプロポーザル方式による受託候補者選定手続への参加を申請します。

【担当者の連絡先】

担当者名	
役職名	
所在地	
電話番号	
F A X	
メールアドレス	