（別紙１）

平成　　年　　月　　日

（あて先）京都市保健福祉局障害保健福祉推進室

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印

京都市難病医療支給認定システム構築業務プロポーザル参加届

　平成　　年　　月　　日付で公募がありました標記プロポーザルについて，参加します。

　また，参加するに当たり，当募集要項に定める参加資格を全て満たすとともに，本プロポーザルの実施において知り得た情報を外部に漏らさないことを誓約します。

|  |
| --- |
| 【連絡先】 |
| 担当者所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |