

年 月 日

(あて先) 京都市長 門川大作

次期京都市障害者保健福祉推進計画策定業務に係るプロポーザル提案

参加申請書

参加者	
事業者名	
代表者役職・氏名	
所在地（代表）	〒
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	

受付