（別紙１）

参加申請書

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）京都市保健福祉局障害保健福祉推進室在宅福祉課長 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |

　　京都市障害者福祉システム標準化に向けてのＢＰＲ支援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 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |