

(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	