（様式１）

参　加　申　請　書

令和５年　月　 日

（宛先）

　京　都　市　長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

　下記プロポーザルへの参加を申請します。

記

委託業務名称：京都市新型コロナワクチン接種事業コールセンター業務

【担当者の連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号・住所 | 〒 |
| 会 社 名 |  |
| 所　　属 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話及びFAX番号 |  |
| メールアドレス |  |