

様式 1

受付番号

年 月 日

(宛先) 京都市長

「京都市国民健康保険及び後期高齢者医療制度収納事務労働者派遣業務」に係る
公募型プロポーザル

参 加 表 明 書

標記業務の公募型プロポーザルによる事業者選定に参加したいので、参加表明書を提出します。

参加者	
事業者名	
代表者役職・氏名	
所在地	〒
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）	
F A X 番号	
メールアドレス	