

公募型業務委託見積合せ参加確認書

令和 年 月 日

明石市長様

(福祉局高齢者総合支援室 介護保険担当 給付係
公募型業務委託見積合せ契約担当者 宛)

(申込者)

住 所

商号又は名称

業者コード

下記のとおり、公募型業務委託見積合せに参加するために、郵便物を貴市に書留等にて確かに送付しましたので、ご査収ください。

記

- 参加申込業務名 令和4年度明石市介護保険三つ折り葉書（高額介護サービス費支給決定通知書・介護給付費通知書）印刷及び圧着加工業務委託（単価契約）
- 書留等郵便物差出日時<必ず書留・特定記録郵便物等受領証（お客様控）を添付すること>

ここに添付してください

書留・特定記録郵便物等受領証			
(ご依頼主のご住所・お名前)			
見 本			様
お届け先のお名前	お問い合わせ番号	申出損害賠償額	摘 要
様			
様			
様			
			受付印

※ 公募型業務委託見積合せ参加申請書等を送付後、当日中にFAX(078-919-4060)により高齢者総合支援室 介護保険担当 給付係 へ送付してください。