

公募型見積合せ参加確認書

年 月 日

明石市長 様
(福祉局あかし保健所保健総務課
公募型見積合せ担当者 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

- 1 参加申込業務名 明石市立夜間休日応急診療所清涼飲料水自動販売機設置業者の公募
- 2 書留等郵便物差出日時必ず書留・特定記録郵便物等受領書（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	

※ 公募型見積合せ参加申込書等を送付後、当日中にFAX(078-918-5440)により福祉局あかし保健所保健総務課へ送付してください。