様式３

**宛名シール**

線に沿ってお切り下さい。

〒６７３－８６８６　　　　　　　　　　　　　　　  **書 留**

明石市中崎１丁目５番１号

明石市福祉局生活支援室障害福祉課

公募型プロポーザル方式契約担当者　宛

差出人（参加申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒 |
| 商号又は名称  代表者職氏名 | 業者コード（　　　　　　　　　） |
| 申込案件業務名 | 令和６年度障害児通所支援事業所巡回支援事業業務委託(単価契約) |

・角２型封筒（Ａ４が折らずに入るサイズ）の表面に上記シールを必ず貼付してください。

・１通の封筒の中に他の業務の関連書類があった場合は、関連するすべての案件において無効となります。

・業者コードは、明石市ホームページ「入札コーナー」の「登録業者一覧表」に掲載しています。

・郵送にあたっては、次ページの通知「郵便方式による制限付一般競争入札及び公募型プロポーザル方式における申請書類等の提出方法について（通知）」を必ず確認のうえ、郵送してください。