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

（福祉局あかし保健所保健予防課

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

ここに添付してください

1. 参加申込業務名　　　　　　健診費用助成券等作成・封入封緘業務委託（単価契約）
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証（お客様控）を添付すること＞

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

※　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（０７８－９１８－５５８４）により福祉局あかし保健所保健予防課へ送付してください。