

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

1. 参加申込業務名 _____

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>

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	
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（078-918-5441）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。
また、FAX 送付後、必ず着信確認（TEL:078-918-5421）を行ってください。