

様式 1

参加申込書

年 月 日

関 市 長 様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

電話番号

— —

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

なお、関市定額減税補足給付金（不足額給付）支給業務委託プロポーザル実施要領に定める参加資格要件を全て満たしていること及び関係書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

件 名：関市定額減税補足給付金（不足額給付）支給業務委託

<連絡担当者>

所 属

氏 名

電 話 番 号

F A X 番 号

E - m a i l