（様式第１号）

令和　　　年　　　月　　　日

泉佐野市長　様

住　　所

名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者名

**参　加　申　込　書**

泉佐野市国民健康保険料納付勧奨等コールセンター業務委託事業者募集要項に基づき、企画提案に参加します。

【住所】〒

【担当部署】

【役職名】

【担当者名】

【電話番号】

【ＦＡＸ番号】

【E-mail】