〔様式１〕

泉佐野市職員共済会福利厚生事業委託提案競技

参加申込書

令和　　年　　月　　日

泉佐野市職員共済会　あて

（申込者）

所　在　地

商号・名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

泉佐野市職員共済会が行う福利厚生事業委託提案競技に参加を申し込みます。

実施要項に従い書類を提出するとともに、全ての記載事項が事実と相違ないことを誓約いたします。

なお、実施要項に記載する失格事項に該当した場合、参加資格の取消し又は失格となっても、何ら異議の申立てをしないことを誓約します。