（様式1）

年　　月　　日

泉佐野市長様

　　　　　所在地

　　　　　事業者名

　　　　　代表者氏名 　 　　 印

**参加申込書**

児童福祉施設支援事業委託業務公募型プロポーザル実施要領の内容を理解し、公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、実施要領「4.応募資格」の要件をすべて満たしていることを誓約します。

記

児童福祉施設支援事業委託業務

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者  連絡先 | 担当者部署 |
| 氏　名 |
| 電話番号 |
| E-Mail |