様式２

令和　　年　　月　　日

（宛先）所沢市長　小野塚　勝俊

所在地

商号又は名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**所沢市保健センター健康管理業務受付等委託事業**

**プロポーザル参加表明書**

所沢市保健センター健康管理業務受付等委託事業において実施されるプロポーザルについて、本事業に係る委託の趣旨を理解し、プロポーザルへ参加を表明します。

担当者所属

職・氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス