様式０９

参加表明書

（業務名）　神戸市介護保険関連システム再構築に係る情報提供依頼

　　上記業務に関して参加を希望しますので、参加表明書を提出します。

令和　　年　　月　　日

神 戸 市 長　久元　喜造　様

（提出者）住所

　　　　　電話番号

　　　　　会社名

　　　　　代表者　　役職名

　　　　　　　　　　氏名

　　　　　担当者　　氏名

　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　Ｅメール

記入不要

|  |
| --- |
| 整理番号 |
|  |