**参 加 申 込 書**

令和　年　月　日

社会福祉法人

千葉県身体障害者福祉事業団

理事長　　横　山　 正　博　 様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （所在地） |  |  |
| （商号又は名称） |  |  |
| （代表者職氏名） |  |  |

千葉県千葉リハビリテーションセンター医事業務及びクラーク業務の調達に係る公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

【担当者連絡先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者所属 |  |  |
| 担当者氏名 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| メールアドレス |  |  |