（様式２）

令和　　年　　月　　日

参　加　表　明　書

仙台市健康福祉局長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　「終活周知広報業務委託」に係る公募型プロポーザルについて，参加を申し込みます。

＜担当者連絡先＞

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・職名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メール  アドレス |  |