

担当者届

年 月 日

福 山 市 長 様

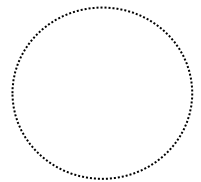
申請者 本店所在地

商号又は名称

代表者名

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



私は、次の者を担当者として定め、福山市との間における連絡窓口とします。

対象（福山市小児慢性特定疾病自立支援事業（相互交流支援事業）の業務委託）

営業所等の所在地	〒
商号又は名称	
所属・職名	
名前	
連絡先電話番号	
F A X	
Eメール	

※本入札に係る担当者として1名を選任し、質疑等の窓口を一本化して下さい。