【様式１】

令和　　年　　月　　日

　葛󠄀城市長　阿　古　和　彦　様

所在地

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**参　加　申　込　書**

葛󠄀城市新型コロナウイルスワクチン集団接種会場運営委託業務実施要領及び仕様書の趣旨を理解し、参加資格をすべて満たしていますので、参加を申し込みます。

（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 所属部署住所 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mailアドレス |  |