

公募型見積合わせ参加申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

所在地

商号又は名称

職氏名印

印

メールアドレス

※かながわ電子入札共同システムにおいて、本社から委任を受けた者（以下、受任者）がいる場合は、受任者が申請人となります。

(名称)

藤沢市介護保険課 タブレット端末等通信回線提供	(契約番号) 62903001300
-------------------------	--------------------

に係わる見積合わせに参加したいので参加表明します。

◎留意事項

押印のないものは無効です。