（様式１－①）

　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

# 参 加 意 向 申 出 書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：アレルギー疾患に係る医療機関及び患者調査業務委託

連絡担当者

　　所属

　　氏名

　　電話

　　ＦＡＸ

　　Ｅ－mail