山口市運動機能アップ教室（通所型サービスＡ－③）事業

業務委託申請書

　　年　　月　　日

　山口市長　　伊藤　和貴　様

住　　　　所

称号又は名称

代表者職氏名

　事業の受託を希望しますので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | | | | |
| 法人の名称 |  | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | |
| ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 代表者の職名･  氏名 | 職名 |  | | ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| 事　業　所 | ふりがな |  | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | |
| ＦＡＸ番号 | |  | | |

|  |
| --- |
| 【 担当者連絡先 】  ○事業所名  ○担当者　職名・氏名  ○電話番号  ○E-mail |