様式１

　　　　　　　　　受付番号（市記入）

令和７年　　月　　日

参　加　申　込　書

伊丹市長　様

所在地

名称又は商号

代表者職氏名

「伊丹市病児・病後児保育予約システム導入に関する業務」について、実施要領に定める事項に同意した上で、参加を表明します。なお、実施要領記載の参加資格要件を満たしていることを誓約します。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |