年　　月　　日

白 石 市 長　　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**参加意向申出書**

下記業務のプロポーザルについて、参加を申し込みます。

記

業務名：白石市情報発信強化業務委託

|  |
| --- |
| 連　絡　先 |
| 所　属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ-mail |  |