

様式第9号

白鷹町健康福祉センター指定管理者の公募に係る参加申込書

年 月 日

白鷹町長 殿

申請者

所在地

名 称

代表者職・氏名

㊟

白鷹町健康福祉センター指定管理者の公募について参加を希望します。

(担当者)

所属・職名

氏 名

電話番号

F A X

E - m a i l

(注意事項)

グループで申請する場合は、グループ申請構成表（様式第5号）を添付してください。