**佐世保市地方独立行政法人評価手法構築業務委託**

**公募型プロポーザルに係るパスワード発行申込書**

令和　　年　　月　　日

佐世保市保健福祉部医療政策課　行

（住　　所）

（事業者名）

佐世保市地方独立行政法人評価手法構築業務委託に関する公募型プロポーザル資料一式の配付を申し込みいたします。

また、受領した資料については、本プロポーザル以外の目的で利用しないことを誓約いたします。

連絡先（記入必須）

・本社（支社、支店等）名：

・住所：

・担当者名：

・TEL：

・E－mail：

（注意）上記連絡先に記入されたご担当者及び電子メールアドレス宛に「パスワードの送付」等を行いますので、留意の上申し込みをお願いします。