|  |
| --- |
| パスワード発行申込書 |
| 令和　　年　　月　　日　　　佐世保市　保健福祉部　障がい福祉課　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職名 |  |
| 代表者氏名 |  |

佐世保市障がい者等相談支援事業業務委託について、資料閲覧用パスワードの発行を申し込みます。また、受領した資料については、本プロポーザルに関するもの以外の目的で利用しないことを誓約いたします。記　　１　案件名　　　佐世保市障がい者等相談支援事業業務　２　上記案件に係る申込者の担当部署及び担当者名等　　　担当部署：　　　担当者名：　　　連絡先　：電話　　　　　　　　　メールアドレス　　以　上　　　　 |