|  |
| --- |
| 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 |