

様式1

受付番号	
------	--

年 月 日

(宛先) 京都市長 門川大作

「平成29年度 京都市精神保健福祉相談員資格取得講習会に係る業務」
公募型プロポーザル

参加表明書

参加者	
事業者名(本店)	
代表者役職・氏名(本店)	
所在地(本店)	〒
連絡窓口	
氏名(ふりがな)	
所属(部署名)	
役職	
所在地	〒
電話番号(代表・直通)	
FAX番号	
メールアドレス	