

受付番号

年 月 日

(宛先) 京都市長 門川大作

「令和4年度京都市精神保健福祉相談員養成研修に係る業務」

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	