

(様式3)

年 月 日

安芸高田市長 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

提案書

次の件について、提案書を提出します。

業務名：安芸高田市障害者基幹相談支援センター業務

連絡先	電話番号		
	FAX 番号		
	担当者	所属	
		氏名	
	E-mail		