

(様式第 2 号)

連絡票

年 月 日

社会福祉法人  
大阪府障害者福祉事業団 理事長 様  
(担当法人)

<申請者（もしくは受任者）>

住 所

商号又は名称

代表者名

印

入札に関する担当者及び連絡先を下記のとおり届けます。

記

件名		職員定期健康診断等業務		
担当者 ※2名指定すること		部署名	職名	氏名
連絡先	所在地	〒 ー		
	電話番号	( ) ー		
	ファックス番号	( ) ー		
	メールアドレス	※アルファベットは、大文字小文字の別が分かるよう明瞭に記入すること。		

(様式第 2 号)

# 留 意 点 等

連絡票

※提出日付を記載してください。

年 月 日

※「申請者」とは、代表権を有する方を示します。

社会福祉法人  
大阪府障害者福祉事業団 理事長 様  
(担当法人)

＜申請者（もしくは受任者）＞

住 所  
商号又は名称  
代表者名

※「申請者」の印は、「使用印鑑届」で届け出た使用印鑑を押印してください。  
※代理人を選任した場合は、「受任者」を記載し、「委任状兼使用印鑑届」で届け出た使用印鑑を押印してください。

印

入札に関する担当者及び連絡先を下記のとおり届けます。

記

件名		[件名] ※入札公告で示す「工事名称」、又は「案件名称」を記載してください。		
担当者 ※ 2 名指定すること		部署名	職名	氏名
		※申請書類等の内容について、確認を行うことがあります。 ※本件入札全般について理解し、回答出来る方を記載してください。		
連絡先	所在地	〒 ー		
	電話番号	( ) ー		
	ファックス番号	( ) ー		
	メールアドレス	※アルファベットは、大文字小文字の別が分かるよう明瞭に記入すること。		