（第4号様式）

令和　　年　　月　　日

船 橋 市 長　あて

住　　　　　　所

㊞

（㊞

（（使用印）

（使用印）

商号又は名称

代表者職氏名

提案書

下記の業務について、別添のとおり提案書を提出します。

記

【件 名】 船橋市保健福祉センター施設総合管理業務委託

担当部署

担当者

電話番号

Fax番号

E-mail