

(様式1)

応募申込書

令和 年 月 日

(提出先)

川 越 市 長

住所 〒

事業者名

代表者職氏名

印

担当者職氏名

担当者連絡先

電話

メールアドレス

川越市総合福祉センター食堂出店者公募要項の内容を十分に理解した上、応募します。