

様式第 1 号（第 5 条関係）

加古川市母子健康手帳用ビニールカバー及び手提げ袋無償提供申込書

年 月 日

加古川市長様

【申込者】
所在地
商号又は名称
代表者職氏名

加古川市母子健康手帳用ビニールカバー及び手提げ袋の無償提供に関する取扱要領第 5 条の規定に基づき、母子健康手帳用ビニールカバー及び手提げ袋の無償提供をしたいので、関係書類を添えて申し込めます。

申込みに当たっては、加古川市母子健康手帳用ビニールカバー及び手提げ袋の無償提供に関する取扱要領、加古川市母子健康手帳用ビニールカバー及び手提げ袋の無償提供者募集要項、加古川市広告掲載要綱及び加古川市広告掲載基準を遵守します。

(フリガナ) 商号又は名称	
代表者職氏名	
所在地	
担当者	
電話番号	
FAX 番号	
E-Mail	
提出書類	☐ 無償提供申込書 ☐ 企画提案書（5 部） ☐ 会社の登記事項証明書 ☐ 加古川市市税確認承諾書 ☐ 国税納税証明書 ☐ 会社概要 ☐ 業務実績一覧 ☐ 母子健康手帳用ビニールカバー及び手提げ袋と付属品見本（5 部） ※登記事項証明書及び納税証明書は、提出期限 3 ヶ月以内のもの