

( 様式 1 )

令和 8 年度版「松江市 こそだて手帳」  
官民協働発行事業に係るプロポーザル参加申込書

令和 7 年 月 日

(あて先) 松江市長

(申請者)

所在地

名称又は商号

代表者氏名

印

令和 8 年度版「松江市こそだて手帳」官民協働発行事業に係る業者選定に参加を申込みます。

担当者名	
部署名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
備考	

～お申込み先～

松江市こども家庭支援課  
子育て保健係 担当：三島

〒690-0045 松江市乃白町 32-2  
(松江市保健福祉総合センター内)

TEL : (0852) 60-8155

FAX : (0852) 60-8160