　　年　　月　　日

（宛先）高崎市長

所　在　地

団　体　名

代表者氏名

参　加　表　明　書

高崎市新町長寿センター及び高崎市新町鉄南長寿センター指定管理者公募に参加する意思を表明します。

（担当者連絡先）

所　　属

役職名

氏　　　　名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ＭＡＩＬ

（事前説明会参加者（２名以内））

職・氏名

職・氏名

※　グループで参加するときは、「事前説明会参加者」が所属する構成団体等が分かるよう記載してください。