

様式 1

大阪ヘルスケアパビリオン「ミライの大阪の食・文化ゾーン」
デモエリアにおけるイベント企画・実施計画業務

参 加 申 込 書

年 月 日

一般社団法人 2025 年日本国際博覧会大阪パビリオン 代表理事 横山 英幸 様

応募者	
※共同企業体で参加している場合、共同企業体名、代表構成員企業名、代表者名及び所在地を記載する。	
企業名 ※共同企業体で参加している 場合は共同企業体名	
代表構成員企業名 ※共同企業体で参加している 場合のみ記載	
代表者役職・氏名	
所在地	〒
連絡窓口	
氏名（ふりがな）
所属（部署名）	
役職	
所在地	〒
電話番号 （代表・直通）	
メールアドレス	

※「応募者」が代表者又は表見代理人以外の場合は、別途委任状を添付してください。