

(様式1)

令和 年 月 日

参 加 申 込 書

市立大村市民病院管理者 松尾 俊和 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

市立大村市民病院医事業務委託に係るプロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、市立大村市民病院医事業務委託に係る公募型プロポーザル実施要項3(参加資格)に掲げる条件を全て満たしていることを誓約します。

また、今回の参加にかかる連絡等の担当者は下記のとおりです。

記

- 1 所属部署名
- 2 担当者職氏名
- 3 電話番号
- 4 FAX番号
- 5 E-mail

(注)複数名の記載でも可。