

(様式1)

平成 年 月 日

(宛先)

長浜市病院事業管理者

住所(所在地)

商号又は名称

代 表 者 名

印

参 加 申 込 書

平成 年 月 日付けで企画提案募集のありました下記業務のプロポーザルについて、参加を申込みします。

なお、当該業務の実施要領に定める参加資格要件については、すべて満たしていることを誓約いたします。

記

1. 業務の名称 市立長浜病院SPD業務

【連絡先】

所属

氏名

電話番号

FAX番号

E-mail