様式２

　　○○年○○月○○日

長浜市病院事業

　管理者　髙折　恭一　様

住所(所在地)

商号又は名称

代　 表 　者　　 職

氏名 　　　　　　　 印

参加申込書兼誓約書

令和７年　　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、全て満たしていることを誓約いたします。

記

１ 業務の名称

　　市立長浜病院医事業務等業務委託

【連絡先（担当者）】

所属

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ