

様式 1

令和 年 月 日

(宛先)

長浜市病院事業管理者 様

住所(所在地)

商号又は名称

代表者職名

代表者氏名

参 加 申 込 書

令和 7 年 2 月 2 8 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

業務の名称 長浜市病院事業経営支援等業務

【連絡先】

所属

氏名

電話番号

F A X 番号

E - m a i l