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２８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

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ