様式―２

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

高知県立幡多けんみん病院長　矢部　敏和　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医事業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、医事業務委託に関するプロポーザルに参加を申し込みます。

また、募集要領で定められた資格要件を全て満たすことを誓約します。

《連絡先》

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail