

(様式1)

令和 年 月 日

参加申請書

国保匝瑳市民病院

匝瑳市病院事業管理者 菊地 紀夫 様

(単体企業の場合)

郵便番号

所在地

事務所名

代表者氏名

⑩

(共同企業体の場合)

共同企業体の名称

代表構成員

郵便番号

所在地

事務所名

代表者氏名

⑩

その他の構成員

郵便番号

所在地

事務所名

代表者氏名

⑩

国保匝瑳市民病院建替整備 基本設計等業務委託プロポーザルに参加を希望しますので、関係書類を添えて申請します。

なお、実施要領の「6 参加資格及び条件」に定める全ての条件を満たすとともに、添付書類に記載する内容について、事実と相違ありません。

担当連絡先

部署名	
(フリガナ)	
氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	