【様式２】

令和　　年　　月　　日

鶴岡市立荘内病院未収金回収業務委託公募型プロポーザル参加申込書

鶴岡市病院事業管理者　八木　実　様

標記の件について、参加資格を満たしていること及び添付書類の全ての記載事項に虚偽がないことを誓約し、公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

（参加者）

所　在　地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（作成責任者）

所属・職名・氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ