様式第１号

　　　年　　月　　日

川口市病院事業管理者　あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

プロポーザル参加申込書

　下記の業務について、プロポーザルの参加を申し込みます。

　なお、参加申込にあたり、実施要領に定められた参加資格を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

１　業務名 川口市立医療センター院内保育施設運営業務委託

|  |  |
| --- | --- |
| 【連絡先】 |  |
| 所属名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |