

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画像診断システム更新業務

【連絡先】

所属	
氏名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	