

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 緊急情報伝達システム利用料業務

【連絡先】

所属	
氏名	
電話番号	
F A X 番号	
メールアドレス	