様式１

令和　　年　　月　　日

出水市病院事業管理者　鮫　島　幸　二　殿

所在地

商号または名称

代表者　役職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

参　加　表　明　書

　下記のとおり、公募型プロポーザル方式による手続に参加する資格について、その有無を確認されるよう、下記の書類を添えて参加申請します。

記

１　業 務 名　　検査設備管理業務委託

２　提出書類

1. 参加資格審査調書（様式２）
2. 貴院から提供された情報は、他へは漏らしません。
3. 本プロポーザルの実施要領の規定に同意するとともに、同規定に違反した場合、失格となっても異議はありません。

連絡担当者

所 　 属

氏　 名

電　 話

Ｆ Ａ Ｘ

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ