

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 人事給与就業システム調達

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 _____

メールアドレス _____