様式１

令和２年　　月　　日

（宛先）出水市病院事業管理者

所在地

名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

参　加　表　明　書

　下記のとおり、公募型プロポーザルへの参加を表明します。

記

１　業 務 名　　出水市病院事業院内保育プレハブ施設賃貸借

２　誓約事項

　⑴　本プロポーザルの参加資格の要件を満たしています。

⑵　今後提出する書類の記載事項は事実と相違ありません。

　⑶　貴院から提供された情報は、他へは漏らしません。

　⑷　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

ＦＡＸ

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ