様式１

年 月 日

東　御　市　長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

参加意向申出書

次の件について、公募型プロポーザルの参加を申し込みます。

なお、公告及びプロポーザル方式実施説明書の「３　参加するために必要な資格」に記載されている事項について、すべて満たしていることを誓約します。

件名：東御市民病院等医事業務委託

連絡担当者

所　属

氏　名

電　話

ファクシミリ

メール