様式 ２

　　年　　月　　日

　大洲市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

「大洲喜多地区医療機能最適化検討業務プロポーザル」参加申込書

　「大洲喜多地区医療機能最適化検討業務プロポーザル」について、下記のとおり参加を申し込みます。なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　業務名

２　入札参加資格　　大洲市における競争入札参加資格の認定　（ 有 ・ 無 ）

３　添付資料

【連絡先】

所属

　　氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　電話番号

　　FAX番号

　　E-mail

※提出期限を厳守してください。