様式 ５

　　年　　月　　日

　大洲市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

企画提案書

　「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、公告及び実施要領等の内容を承諾した上で、参加を表明するとともに、関係書類を提出します。

なお、参加資格の要件を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

【連絡先】

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail