

(様式第1号)

令和 年 月 日

亀山市病院事業管理者
地域医療統括官 上 田 寿 男 様

住 所

商号又は名称

代 表 者 名



プロポーザル参加意思表明書

亀山市立医療センター入院用品サポート事業に係る公募要項（以下「公募要項」という。）による公募型プロポーザルに参加したく、関係書類を添えて参加表明します。
なお、公募要項の4に定める参加要件を全て満たしていることを宣誓します。

(連絡担当者)

担 当 部 署

職 ・ 氏 名

郵便番号

住 所

電話番号

FAX 番号

電子メール