様式１

令和　　年　　月　　日

　　藤枝市立総合病院

病院事業管理者　毛利　博　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書

　藤枝市立総合病院地域医療連携・外来診療プロセスの見直し支援業務公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加申込みします。

　なお、藤枝市立総合病院地域医療連携・外来診療プロセスの見直し支援業務に係るプロポーザル方式実施要領に示された参加資格要件を満たしていること及び添付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。

（添付書類）

１　印鑑証明書（参加申込書に押印した印鑑証明書）（１部／写し不可、原本添付）

２　法人の登記事項証明書（１部／写し不可、原本添付）

３　病院経営コンサルティング業務の受託実績書（10部／様式２）

４　会社案内パンフレット（10部）

５　返信用封筒（送付用の切手を貼付したもの）（１通）

（連絡先）

所属名

担当者名

電話番号

FAX番号

E-mail