

(様式1)

年 月 日

福山市病院事業管理者 様

申 請 者 本店の所在地 _____ 実 印

商号又は名称 _____

代 表 者 名 _____

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

参 加 申 込 書

次の案件について、実施要領等の内容を十分に理解し承諾した上で、プロポーザル（企画提案書に基づく選定）への参加を希望するので、関係書類を添えて参加を申し込みます。

なお、この申込書及び添付書類の記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

件 名 ： 福山市民病院連携医療機関外来予約システム導入業務

添付書類

別紙 福山市民病院連携医療機関外来予約システム導入業務プロポーザル参加
資格審査申請書受付票のとおり

担当部署 _____

担 当 者 _____

電話番号 _____

Fax 番号 _____

E-mail _____