様式 ２

　　年　　月　　日

　（宛先）公益財団法人周南市医療公社理事長

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

周南市立新南陽市民病院医事業務プロポーザル参加表明書

　周南市立新南陽市民病院医事業務プロポーザルについて、下記のとおり参加表明します。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

　　周南市立新南陽市民病院医事業務

２　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。