様式１

参加表明書

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人りんくう総合医療センター

理　事　長　　八木原　俊克　様

所　在　地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

今般、実施される「地方独立行政法人りんくう総合医療センター医事業務等委託」にかかる業者選定について、公募型プロポーザル募集要項の内容を承諾のうえ参加することを表明します。

また、募集要項「第4 参加資格要件」を満たしていることをここに誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 所属 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |