

(様式第1号)

令和 年 月 日

兵庫県病院事業 契約担当者
兵庫県立加古川医療センター院長 原田 俊彦 様

住 所

商号又は
名 称

代 表 者

電話番号

メールアドレス

参 加 表 明 書

兵庫県立加古川医療センター総務事務業務委託に係るプロポーザル募集要領に基づき、プロポーザルに参加したいので、参加表明書を提出します。