（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

**参　加　意　思　表　明　書**

地方独立行政法人市立吹田市民病院

理事長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　 　　　　　　　印

　「地方独立行政法人市立吹田市民病院　患者利便施設運営事業に係るプロポーザル」に

参加したいので、下記の書類を添えて提出します。

　なお、添付書類の記載内容については、事実に相違ありません。

記

１　会社概要、事業実績（様式第３号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１部

２　事業実績を証明する書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　各１部

本提案に係る担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |   |
| 担当者名 | 　 |
| 電話番号（内線） | 　 |
| FAX | 　 |
| E－mail | 　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊書類送付・質問回答等の送付先となります。