

## 参加意思表明書

令和      年      月      日

地方独立行政法人市立吹田市民病院  
理 事 長    矢 野 雅 彦 宛

所    在    地    \_\_\_\_\_

法    人    名    \_\_\_\_\_

法人代表者名    \_\_\_\_\_ ㊞

(担当者氏名 : \_\_\_\_\_ )

(担当者所属 : \_\_\_\_\_ )

(電 話 番 号 : \_\_\_\_\_ )

(F A X 番 号 : \_\_\_\_\_ )

(電子メール : \_\_\_\_\_ )

令和 3 年 7 月 1 2 日付けで公告された旧病院跡地売却に係る事業者公募に、同公募実施要項の内容を理解・承諾のうえ、応募します。

※印影が分かるように印鑑登録印を押印してください。

※担当者の氏名、所属、電話番号、FAX 番号及び電子メールアドレスを記入してください。

## 参加意思表明書

令和 年 月 日

地方独立行政法人市立吹田市民病院  
理 事 長 矢 野 雅 彦 宛代表構成員 所 在 地 \_\_\_\_\_  
(受任者)

法 人 名 \_\_\_\_\_

法人代表者名 \_\_\_\_\_ ㊞

(担当者氏名 )

(担当者所属 )

(電 話 番 号 )

(F A X 番 号 )

(電子メール )

令和 3 年 7 月 1 2 日付けで公告された旧病院跡地売却に係る事業者公募に、同公募実施要項の内容を理解・承諾のうえ、次の構成員と応募グループを構成して応募します。

また、次の構成員は、貴院との間における下記の委任事項に関する権限を代表構成員に委任します。

## 【共同事業体構成員（代表構成員を除く）】

|              |                                |   |
|--------------|--------------------------------|---|
| 構成員<br>(委任者) | 所在地                            |   |
|              | 法人名<br>代表者名                    | ㊞ |
| 構成員<br>(委任者) | 所在地                            |   |
|              | 法人名<br>代表者名                    | ㊞ |
| 構成員<br>(委任者) | 所在地                            |   |
|              | 法人名<br>代表者名                    | ㊞ |
| 構成員<br>(委任者) | 所在地                            |   |
|              | 法人名<br>代表者名                    | ㊞ |
| 委任事項         | 応募日から本契約締結日までの間、当該公募提案に係る一切の権限 |   |

※印影が分かるように印鑑登録印を押印してください。

※担当者の氏名、所属、電話番号、F A X 番号及び電子メールアドレスを記入してください。

※構成員欄が足りない場合は、行を増やすか本書を複写して記入してください。