

# 参加表明書

「市立池田病院医事関連業務委託の調達に係るプロポーザル企画提案」に参加することを表明いたします。

平成 年 月 日

池田市病院事業管理者 石田勝重 殿

(提出者)

住所

会社名

代表者氏名

印

(担当者連絡先)

氏名

---

TEL

---

FAX

---

E-mail

---