プロポーザル参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

池田市病院事業管理者　殿

（申請者） 所在地

商号（名称）

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　）

「市立池田病院医療情報システム更新に係るシステム調達プロポーザル実施要領」に記載されている事項を承諾のうえ、企画提案への参加を申請します。

なお、募集要領の「５ 参加資格」の要件を満たしている者であること及び本申請書以外に提出した書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。