様式２

参加表明書

令和６年　　月　　日

　山陽小野田市病院事業管理者　あて

　　　　　　　　　　　　（申込者）

　　　　　　　　　　　　　　所 　在 　地

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　山陽小野田市病院事業公営企業会計システムサービス提供業務に係るプロポーザルへの参加を表明します。

なお、参加に当たっては、山陽小野田市病院事業公営企業会計システムサービス提供業務に関するプロポーザル実施要領で定める参加資格を満たしていることを誓約します。

【担当者連絡先】

　(1) 所属部課

　(2) 職氏名

　(3) 郵便番号・住所

　(4) TEL

　(5) FAX

　(6) e-mail

|  |
| --- |
| 受付番号 |
|  |