

公募型プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人
長崎市立病院機構 理事長 様

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者氏名)

印

次の業務について、関係書類を添えて、公募型プロポーザルの参加を表明します。

業務名	地方独立行政法人長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター 入院セットレンタル業務運営事業
-----	--

【担当者連絡先】

所在地	
会社名	
担当部署名	
(フリガナ) 担当者名	
電話番号	
F A X 番号	
E-mail アドレス	