様式1

令和　年　月　日

浜松市長宛て

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

なお、浜松市公告第４８２号の参加するために必要な資格に相違していないことを誓います。

件名：佐久間病院医療事務業務

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail