（様式1）

令和　　年　　月　　日

岐阜市病院事業管理者　様

岐阜市民病院医業未収金回収業務委託事業者選定に係る

公募型プロポーザル参加表明書

標記の件について、参加資格を満たしていること及び添付書類の全ての記載事項に虚偽がないことを誓約し、公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

（参加者）

住所（法人又は団体にあっては事務所所在地）

　　　　　　　　　　　氏名（法人又は団体にあっては名称及び代表者職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（作成責任者）

氏名（法人又は団体にあっては所属及び職名も記載。）

電話番号

FAX番号

E-mail