# （様式1）

令和　　年　　月　　日

　船橋市病院事業管理者 髙原 善治 あて

住　　所

商　　号

代表者職氏名　　　　　　　　　　　 印

参　加　申　込　書

下記の業務について、プロポーザルへの参加を申し込みます。なお、添付書類及び記載事項については、事実と相違ないことを誓約します。

記

業務名： 船橋市立医療センター新病院開院支援業務委託

添付書類

* 業務実績調書（様式2）
* 業務実施体制表（様式3）
* 配置予定者の経歴等（様式4-1、4-2）

|  |  |
| --- | --- |
| 【担当者連絡先】 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |