一宮市立市民病院地域医療連携室業務委託に係るプロポーザル参加表明書

　　年　　月　　日

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　　　　印

一宮市の業者登録番号

2025年12月22日付けで公告されたことについて、「一宮市立市民病院地域医療連携室業務委託公募型プロポーザル提案審査実施要領」に基づき、参加の希望を表明します。

　なお、参加資格を満たしていること及び下記の添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

提出書類

1. 参加表明書
2. 誓約書兼承諾書
3. 会社概要書
4. 業務実績調書
5. ④に記載した事実を証明する書類（契約書の写し等、任意様式）