

様式1

企画提案競技参加申込書

令和 年 月 日

鹿児島市病院事業管理者

鹿児島市立病院長 坪内 博仁 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

鹿児島市立病院未収金回収業務委託に係る企画提案競技に参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

なお、鹿児島市立病院未収金回収業務委託に係る企画提案競技の参加資格要件を満たしていること及び関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

項 目		内 容
商号又は名称		
担 当 者	郵便番号・所在地	
	所属部署・役職	
	氏名	
	電話番号	
	電子メール	