**【様式2】**

令和　　年　　月　　日

加西市病院事業管理者　様

申込者　所　在　地：

団　体　名：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

公募型プロポーザル参加申込書

公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加したいので申込みいたします。

記

１　業　務　名　：　市立加西病院医業未収金回収業務委託に係るプロポーザル

２　添 付 書 類

1. 企画提案書
2. その他資料

〔連絡先〕

部署

 担当者

 電話

 FAX

 E-mail