（様式１）

プロポーザル参加申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人市立東大阪医療センター

　　　　 　理事長　　谷口　和博

　 　　　 　　　　　住所

　　　　　商号又は名称

　　　　　代表者職及び氏名

地方独立行政法人市立東大阪医療センター特定看護師育成支援業務にかかるプロポーザルについて、実施要領に基づく書類を添えて参加申請します。

また、本参加申請をもって、要領等の記載内容を承諾し、参加資格を満たしている者であること及び添付書類の内容について真実に相違ないことを誓約します。

※　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |