（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

市立東大阪医療センター外来エリアサインリニューアル基本計画作成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。

* 現地見学について

令和４年１２月２３日（金）９時から１３時までの１時間程度を予定

以下、どちらかに〇をつけてください

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する | 希望しない |

※　担当者連絡先

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