

【様式第1号】

平成 年 月 日

松戸市病院開設支援総合コンサルティング業務委託プロポーザル参加表明書

(提出先)

松戸市病院事業管理者 植村 研一

住所又は所在地

商号 又は 名称

代表者氏名

印

当社は松戸市病院開設支援総合コンサルティング業務委託プロポーザルについて、提案に係る資格要件を満たすことを確認したうえで、下記の統括担当者を選任し本提案への参加を表明します。

なお、本件に関連して受領した参考資料については、本プロポーザルのための資料としてのみ利用することを誓約します。

記

統括担当者

所属	
氏名	
電話番号	
e-mail アドレス	

(担当者)

所属

氏名

電話番号

e-mail アドレス