（様式１）

参加申込書

業務名称　　松戸市病院事業経営再建支援業務委託

標記業務委託のプロポーザルに参加の意思を表明します。

また、松戸市病院事業経営再建支援業務委託実施要領に定められた参加資格を満たし、提出書類の記載事項及び添付資料について、事実と相違ないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

宛）松戸市病院事業管理者

（参加表明者）

所在地

事業者の名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　部 署 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－mail

※代表者欄に法人の代表者の印を押印してください。

※印鑑証明書を添付してください。