

(様式1)

令和 年 月 日

参加申込書

奈良県知事 荒井正吾 様

住 所  
事業者名  
代表者氏名 印

西和医療センターのあり方検討業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、参加申込書を提出します。

なお、同実施要領「3.参加資格」をすべて満たしていることを誓約します。

(担当者連絡先)

所属 : \_\_\_\_\_  
役職名 : \_\_\_\_\_  
氏名 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_  
FAX番号 : \_\_\_\_\_  
メールアドレス : \_\_\_\_\_