別紙４　 受付番号＿＿＿＿＿

西暦　　　　年　　月　　日

社会医療法人仁愛会

理事長　銘　苅　晋

（提出者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

参　加　表　明　書

社会医療法人仁愛会仮想統合環境整備業務 公募評価方式への参加を表明します。

なお、参加資格の確認に係る書類は提案書提出時に提出いたします。

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |