

様式 1

令和 年 月 日

長浜市病院事業管理者 様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職

氏名

印

参 加 申 込 書

令和5年 月 日付けで企画提案募集のありました下記業務のプロポーザルについて、参加を申し込みます。

なお、当該業務の実施要領に定める参加資格要件については、すべて満たしていることを誓約いたします。

記

1. 業務の名称 長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務
2. 参加資格 実施要領に記載された要件全てに該当します。
3. 添付書類 実施要領で定める書類

【連絡先】

所属

職・氏名

T E L

F A X

E-mail