（様式第１号）

**参 加 申 込 書**

　令和　　年　　月　　日

安来市立病院

安来市病院事業管理者　水澤　清昭　様

所在地

名　　　　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　電話番号

　　　FAX番号

　令和4年10月31日付け、調達公告に係る医事業務委託契約に伴うプロポーザルについて、参加資格を有していますので、必要書類を添えて参加を申し込みます。

　なお、提出書類に記載の内容について、虚偽がないことを誓約します。