［様式１］

**プロポーザル参加表明書**

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人香取おみがわ医療センター

理事長　　寺　野　　　彰　　宛

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　地方独立行政法人香取おみがわ医療センター人工透析患者送迎車両運行管理業務の労働者派遣業務に係る公募型プロポーザルについて、参加を表明します。

なお、当社は、本プロポーザルの参加資格要件を全て満たしていることを誓約します。

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　属 |  |
| （ふりがな）  担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |