様式第１号

参　加　申　込　書

　　　　年　　月　　日

　兵庫県立淡路医療センター院長

小山　隆司　様

　　　　　　参加申込者　所在地（住所地）

　　　　　　　　　　　　商　号（屋号）　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者印

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

作成責任者　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

兵庫県立淡路医療センターホームページリニューアル業務の委託業者募集要領に基づく企画提案に参加したいので、参加申込書を提出します。