（様式１）

**参　加　申　込　書**

（業務名）市立豊中病院手術室運営支援業務

　標記業務に係る受託者選定の企画提案競争への参加を申し込みます。なお、募集要項に規定されている参加資格を満たしていることを誓約するするとともに、当該誓約に違反があった場合には、一方的に審査手続きから除外されても異議ありません。

年　　月　　日

豊中市病院事業管理者（あて）

申込者　　所在地：

　　　　　　名称：

　　　　　　代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

総括責任者　所　　　　　属：

　　　　　　役職・氏名：

　　　　　　電話番号：

　　　　　　ＦＡＸ番号：

　　　　　　Ｅ－ＭＡＩＬ：