

(様式第 1 号)

宇和島市病院局未収金回収業務プロポーザル参加申込書

年 月 日

宇和島市病院事業管理者 梶原伸介 様

(参加者)

所在地

名 称

代表者職・氏名

印

宇和島市病院局未収金回収業務プロポーザルに参加の意思がありますので、参加申込書を提出します。

なお、宇和島市病院局未収金回収業務委託プロポーザル実施要領「4. 参加資格」を全て満たしていることを誓約します。

(担当者) 部 署
職・氏名
電話番号