

公募型見積合せ参加申込書

令和 年 月 日

市立宇和島病院
宇和島市病院事業管理者 様

(申込者)
住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

下記の案件について、公募型見積合せに参加したいので申し込みます。

なお、本見積合せの資格要件、応募に関する内容について確認が必要な場合は、調査の実施及び報告を求められることに同意します。

記

1. 公示番号

2. 契約名称