（様式第１号）

　　　　　　年 　　月 　　日

地方独立行政法人　加古川市民病院機構

理事長　　　大西　祥男　様

　 　　住　　所

　　　商号又は名称

　 代 表 者　　　　　　　　　　　　　印

　 電話番号

参　　加　　申　　込　　書

　　加古川中央市民病院　総合案内受付業務委託業者募集要項に基づくプロポーザルに参加したいので、参加申込書を提出します。