

参 加 表 明 書

小牧市民病院未収金回収業務委託公募プロポーザルに関係書類を添えて参加を表明します。

年 月 日

(あて先)

小牧市病院事業管理者

提出者

〒・住所

電話番号

商号又は名称

代表者

⑩

連絡先担当者

所 属

氏 名

電 話

F A X

E-mail