様式第１

参　加　表　明　書

新卒看護師向けパンフレット及び動画制作業務委託プロポーザルについて参加することを表明します。

令和　　年　　月　　日

　（宛先）小牧市病院事業管理者

提出者

〒・住所

商号又は名称

代表者

連絡先担当者

所　属

　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　Ｅ-mail