

様式第1号

高松市立病院使用料等収納業務プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

(宛先)

高松市病院事業管理者

(参加者)

所在地

名称

代表者名

印

(個人にあつては、住所及び氏名)

(担当者)

氏名

電話番号

高松市立病院使用料等収納業務プロポーザルに参加の意思がありますので、別添のとおり書類を提出します。

なお、「高松市立病院使用料等収納業務企画提案募集要領」記載の参加資格を満たす者であること、及び本書並びに添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。