提案参加申込書

令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市病院事業管理者

住所（所在地） 〒

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　社印

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

代表者職氏名

高松市立みんなの病院医療情報システム更新業務事業者選定プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて提出します。

なお、提案参加申込書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当する事実はなく、本申込の提出時において、高松市の指名停止処分は受けておりません。

■ 添付書類

１　事業経歴書（任意様式）

２　誓約書（様式２）

３　秘密保持誓約書（様式３）

４　委任状（様式４）

５　実績書（様式５）

■ 連絡担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号（内線） |  |
| FAX 番号 |  |
| E-Mail |  |