

【様式1】

受付番号	
------	--

プロポーザル参加申請書

令和 年 月 日

沖縄県立八重山病院 院長 篠崎 裕子 殿

「沖縄県立八重山病院旧施設残置品分別業務」プロポーザル実施要領の条件等を了解し、参加申請致します。

申込者：会社名

住所

代表者名

印

連絡担当者：所属・職・氏名

電話番号

E-mail

F a x