

【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 祐子 あて

沖縄県立八重山病院入院セット事業運営事業者の選定に係る公募型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