令和　　年　　月　　日

**様式１**

神石高原町長　様

住　所

商号又は名称

代表者

参加申出書

神石高原町地域医療体制検討支援業務委託事業者選定に関する公募型プロポーザルに参加します。

なお、実施説明書「８　参加資格」をすべて満たしていることを誓約します。

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 事業所所在地  （担当者在籍） |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  |

※参加申出書の日付は提出日を記載してください。

※様式に従い必要事項を記載し、押印してください。