

様式 1

令和 年 月 日

三朝町長 様

住所又は所在地 _____

商号又は名称 _____

(ふりがな)
代表者職氏名 _____ 印

生 年 月 日 _____

企 画 提 案 参 加 申 込 書

三朝町大腸内視鏡検査・胸部 CT 検査費助成事業運営業務に係るプロポーザルに参加したので、下記のとおり参加申し込みします。

なお、添付する書類については、事実と相違ないこと及び本プロポーザルの参加資格要件を全て満たすことを誓約いたします。

記

1 業務名 三朝町大腸内視鏡検査・胸部 CT 検査費助成事業運営業務

2 連絡先 所 属
 氏 名
 電 話
 ファクシミリ
 電子メール