様式８

参　加　表　明　書

令和　　年　　月　　日

米沢市病院事業管理者　あて

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名又は事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

米沢市立病院医療事務業務委託公募型プロポーザルについて、関係書類を添えて申し込みます。

なお、当該プロポーザル実施要項に定める参加資格要件等を満たすとともに、提出書類の記載事項及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　業 務 名　　米沢市立病院医療事務業務

２　添付書類

(1)　会社概要書（様式９）

(2)　業務実績調書（様式１０）

(3)　業務実施体制調書（様式１１）

(4)　配置予定従事者調書（様式１２）

(5)　令和６年９月１日現在　東北６県内における受託実績（様式１３）

３　当該業務担当者（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所 　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

※　平日日中に常時連絡がとれる電話番号を記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受領確認書 | 受付番号 | 受付印 |
| 貴社の参加表明書は右記の受付番号で受領しました。 |  |  |
| 米沢市立病院事務局医事課医事担当 |