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　　　　　　　　　　　　㊞

病院予約システム導入事業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　事 業 名　　病院予約システム導入事業

２　添付書類

(1)　会社概要書（様式９）

(2)　事業実績調書（様式１０）

(3)　事業実施体制調書（様式１１）

(4)　配置予定従事者調書（様式１２）

３　当該事業担当者（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。 |  |  |
| 米沢市立病院患者サポートセンター |