プロポーザル参加申請書

平成　　年　　月　　日

（宛先）伊勢市病院事業管理者

所在地
商号又は名称
代表者名
電話番号
ＦＡＸ番号
（販売代理店が参加する場合は、下記にシステム構築業者を記載すること）
所在地
商号又は名称
代表者名

下記案件に係るプロポーザルの参加条件を満たしているので、参加を申請します。

なお、この参加申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

案件番号　＿＿＿＿＿

件　名　　新市立伊勢総合病院検体・細菌検査システム構築業務

（注意）申込書は、必ず持参にてお申し込みください。

〔伊勢病院記入欄〕　※業者の方は記入しないで下さい。　Ｎｏ＿＿＿＿

地域区分	業種	同種 実績	資格等		参加資格
		－			有 ・ 無
		－			