様式1

プロポーザル参加意向申出書

　　年　　月　　日

私は社会福祉法人済生会奈良病院の医事業務委託に係る

プロポーザルに参加します。

（宛先）

社会福祉法人恩賜財団済生会支部

　　　 奈良県済生会

支部長　今川　敦史　殿

（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

電話番号：

FAX番号：

Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：