

様式 1 - 1

参 加 表 明 書

年 月 日

常 滑 市 長 殿

(〒)

所在地

商号又は名称

代表者氏名

旧常滑市民病院の民間売却促進支援業務委託公募型プロポーザル実施要領の「5 提案資格」を有することを確認し、関係書類を添え参加表明します。

連絡先	担当者所属 :
	職・氏名 :
	電話 :
	F A X :
	e-mail :

※連絡先の電話、FAX、e-mailは担当者と直接連絡がつくものを記入してください。