

(様式1)

年 月 日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

参 加 意 向 申 出 書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail