【様式１－１】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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込みます。

件名：横浜市立市民病院　広報業務委

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　E－mail