（様式１）

令和　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

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：横浜市認知症高齢者等緊急一時入院事業委託

実施する医療機関が法人の商号又は名称及び住所と異なる場合は、以下を記入してください。

医療機関名　　：

医療機関の住所：

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail