

(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

F A X

E-mail