（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　 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　　　　　　　　　　　　　　印

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：横浜市立脳血管医療センター医事業務委託

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　FAX

E－mail

（様式５）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　 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　　　　　　　　　　　　　　印

提　案　書

次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市立脳血管医療センター医事業務委託

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　FAX

　E－mail