様式第１－１号

徳島県立病院滞納未収金回収業務プロポーザル参加申込書

令和　　年　　月　　日

徳島県病院事業管理者　北畑　洋　殿

　　　　　　　　　　　　　（参加者）

　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ番号

　　　　　　　　　　　　　　電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

徳島県立病院滞納未収金回収業務プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、実施要領「３ 参加資格」の要件を全て満たしていることを誓約します。