様式第２－１号

徳島県立病院滞納未収金回収業務プロポーザル企画提案書

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に係る企画提案書を提出します。