（様式１）

令和　　年　　月　　日

大分県済生会日田病院　院長　様

住　所

商号又は名称

代表者名

参加申込書

大分県済生会日田病院経営改善支援業務に係るプロポーザルへの参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当部署所在地 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【添付書類】

・業務実績確認書（様式２）

・会社の概要がわかる書類（任意様式）