（様式１）

参 加 表 明 書

平成　　年　　月　　日

（あて先）八戸市立市民病院事業管理者

所　 在 　地

商号または名称

代 表 者 氏 名

事業名　八戸市立市民病院売店設置・運営事業

標記事業のプロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて提出いたします。

（担当者）担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 F　A　X

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 E－mail