

(様式 1)

# 参 加 表 明 書

令和      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 職 氏 名



業務名      八戸市立市民病院入院用品提供サービス業務

標記業務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。

※八戸市令和 7 年度競争入札参加資格者名簿（物品の購入等）に登録されている場合は、下記名簿登録チェック欄に丸印を記入すること。

名簿登録 チェック欄

(添付書類)

八戸市立市民病院入院用品提供サービス業務公募型プロポーザル実施要領 7  
参加手続 (2) に記載の書類

(担当者) 担当部署

氏      名

電      話

F A X

E-mail