

(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

印

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