【様式２】

|  |
| --- |
| 受付番号： |

参加申込書

「沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　医療情報企画室ネットワーク保守業務」事業者選定に係るプロポーザル実施要領の条件等を了承し、参加を申し込みます。

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　院長　殿

　　　　　　　　　　　　（申込者）住所又は所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名：　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　（担当者）氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：