高岡市民病院滅菌業務委託に係る

公募型プロポーザル参加表明書

令和　　年　　月　　日

　高岡市長　あて

＜参加者＞

所　 在　 地

商号又は名称

代表者名 印

高岡市民病院滅菌業務委託に係る公募型プロポーザル実施要項に基づき、参加の希望を表明します。

また併せて、下記内容について、相違ないことを誓約します。

1. 参加資格を満たしていること。
2. 後日提出する提案資料の内容については、事実と相違ないこと。
3. 提供される材料の使用状況等について、他の用途に用いないこと。
4. その他本プロポーザルへの参加にあたり得られた高岡市民病院の各種情報につい　　て、他者へ漏洩させないこと。

連絡先　所在地　〒

名　称

電　話　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

E-mail

担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印