（第１号様式）

参　加　表　明　書

令和２年　　月　　日

広陵町長　山　村　吉　由　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

令和２年６月２３日付けで公告のありました、国保中央病院を拠点とした地域間アクセス向上検討業務委託について、実施要領及び仕様書を承知し、プロポーザルに応募したいので申込みます。

連絡先

 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファクシミリ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名