**（様式１）**

年　　月　　日

藤沢市長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

参　加　申　込　書

「藤沢市民病院診療材料調達管理業務委託」公募型プロ

ポーザルに参加します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 所属 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

※「代表者職氏名」については、参加資格要件を満たす者が受任者（支店・

営業所等）の場合には、受任者の所在地・名称を記載してください。

名称（例：〇〇（株）□□支店）、役職氏名（例：□□支店長△△△△）