

【様式1】

市立大津市民病院業務継続計画（BCP）策定支援業務

プロポーザル参加申込書

平成 年 月 日

地方独立行政法人 市立大津市民病院 理事長 様

所在地

会社名

代表者職氏名

印

標記の件について、参加資格を満たしていること及び添付書類の全ての記載事項に虚偽がないことを誓約し、プロポーザルへの参加を申し込みます。

記

1 業務名

市立大津市民病院業務継続計画（BCP）策定支援業務

2 添付資料

プロポーザル実施要領8 に示す書類

※入札参加者が大津市へ平成30年度分の指名願を
提出済の場合レ印を記入すること ☐
(注: 指名願提出は必須ではありません。)

(連絡先) 所属
職・氏名
電話
FAX
E-mail