

(様式 1－1)

参加表明書兼誓約書

令和 2 年 月 日

大田市立病院
大田市病院事業管理者 西尾祐二 様

代表事業者
(所 在 地)
(商号又は名称)
(代表者職氏名)

印

構成事業者 1
(所 在 地)
(商号又は名称)
(代表者職氏名)

構成事業者 2
(所 在 地)
(商号又は名称)
(代表者職氏名)

令和 2 年 月 日付けで公告がありました 大田市立病院敷地内保険薬局設置事業公募型
プロポーザルへの参加を表明し、参加資格について確認されたく、別添書類を添えて提出
します。

なお、公告及び実施要項で定められた参加資格要件を満たしていること並びに本表明書
及び別添の関係書類の全ての記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

部署名	
(フリガナ) 氏名 1	
(フリガナ) 氏名 2	
電話番号	
E-mail アドレス	