様式１

**参加表明書**

令和　　年　　月　　日

豊川市病院事業管理者　三島　晃　殿

入院セットレンタル提供業務プロポーザルについて、参加の希望を表明します。

なお、募集要領６応募資格（１）～（７）に記載された全ての条件を満たすことを誓約します。

 ( 提出者 )

住所

事務所名

代表者名

担当者名

電話番号

ＦＡＸ

E－MAIL