要項第４⑴関係　（様式１）

令和　　　年　　　月　　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　様

提出者住所

提出者名

　 商号又は名称

代表者氏名（職・氏名）

　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　印

担当者名

連絡部署・電話番号

参加資格確認申請書

公立陶生病院　医事・診療事務等業務委託に係るプロポーザル実施要項に基づくプロポーザル方式に参加したいので、本申請書を提出します。

　なお、参加資格要件の全てを満たしていることを誓約し、提出書類に記載した事項は事実と相違ありません。

要項第７関係　（様式２）

令和　　　年　　　月　　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　様

提出者住所

提出者名

商号又は名称

代表者氏名（職・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

連絡部署・電話番号

質　問　書

（業務名）公立陶生病院　医事・診療事務等業務委託

上記の業務のプロポーザル方式による提案書の募集について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |

要項第１０⑹関係　（様式３）

令和　　　年　　　月　　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　様

（参加申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

辞　退　届

公立陶生病院　医事・診療事務等業務委託公募型プロポーザルに参加を申込みましたが、都合により辞退いたします。