

要項第4(1)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 川本 雅之 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 川本 雅之 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10(5)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 川本 雅之 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し込みましたが、都合により辞退いたします。