【様式２-１】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

愛媛県立子ども療育センター

　所長　若本　裕之　様

所　在　地：

名　　　称：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　印

参　加　申　込　書

　下記業務に係るプロポーザルに参加したいので、資料を添えて申し込みます。

なお、地方自治法施行令第167条の4の規定に該当するものではないこと並びに添付書類の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

業務名：愛媛県立子ども療育センター医事会計業務

【担当者連絡先】

所　属：

氏　名：

電話番号：

Fax番号：

E-mail：