

奈良県西和医療センター清掃業務委託に係る  
公募型プロポーザル方式受託者募集 参加表明書

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県西和医療センター  
院長 川口 正一郎 様

奈良県西和医療センター清掃業務委託に係る公募型プロポーザル方式受託者募集に参加したいので申し込みます。

## 申込者

貴社名		
担当者	所属	
	氏名	
連絡先	電話	
	ファックス	
	電子メール	
応募資格の有無	<input type="checkbox"/> 「地方独立行政法人奈良県立病院機構 奈良県西和医療センター 清掃業務委託募集要項」に定める応募者の資格要件(1)～(9)をすべて満たしていることを自己申告します。 ※応募資格を満たしたうえで申し込まれることを確認して口にチェックしてください。	

※参加される場合は、平成28年1月25日(金)17時までにファクシミリにて本様式を送付後、必ず電話にて連絡して下さい。

## ※送付先

奈良県西和医療センター 総務課管財係  
TEL:0745-32-0505(内線2214) FAX:0745-32-0517