様式２

参　加　表　明　書

令和　　　年　　 月　 　日

　新城市長　下江洋行　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称又は商号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　下記業務のプロポーザル方式による提案書の募集について、必要書類を添えて、参加の希望を表明します。

　なお、提出する書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

　業務名　：　新城市民病院　新病院建設基本構想・基本計画策定支援業務委託

　　　　　　　　　　　　　　　　　　【連絡先】

所　　属

氏　　名

電話番号

E-mail