

(様式第 1 号)

平成 30 年 月 日

地方独立行政法人長崎市立病院機構  
理事長 兼松 隆之 様

(所在地)

(商号または名称)

(代表者氏名)

印

### 参加申込書兼誓約書

平成 30 年 1 月 19 日付で募集公告のありました「長崎みなとメディカルセンター 医療情報システム一式調達」に関する公募型プロポーザルへの参加を申請いたします。

なお、募集公告及び仕様書で定められた参加資格要件を満たしていること、並びにこの申込書の記載事項について、事実と相違ないことを誓約いたします。

#### 【担当者連絡先】

部署名	
(フリガナ) 氏名 1	
(フリガナ) 氏名 2	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail アドレス	