参加申込書

令和６年　　月　　日

藤井寺市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地： |  |
| 商号又は名称： |  |
| 代表者職・氏名： |  |

標記の件について、藤井寺市病院跡地活用基本構想策定支援業務公募型プロポーザル募集要項に基づき、プロポーザルに参加することを申し込みます。なお、当該募集要項に定める参加資格を、すべて満たしていることを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務担当者※本プロポーザルに関する連絡先及び書類の送付先を記入してください。 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |