【様式１】

受　付

**参 加 申 込 書**

平成29年　　月　　日

公益社団法人　宮崎市郡医師会

会 長　川　名　隆　司　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

**宮崎市郡医師会病院等建替整備実施設計技術協力事業者**

**（施工予定者）選定プロポーザルの参加について**

　宮崎市郡医師会病院等建替整備実施設計技術協力事業者（施工予定者）選定プロポーザルに参加を希望しますので、参加申込書を提出します。

なお、宮崎市郡医師会病院等建替整備実施設計技術協力事業者（施工予定者）選定プロポーザルの実施要領の参加要件を満たしていること及び添付書類の内容については、事実に相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  |