【様式７】

受　付

**技術提案等提出書**

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）選定プロポーザル実施要領に基づき、別添のとおり技術提案等書類を提出いたします。

【担当者連絡先】

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