（様式１）

令和６年 　月 　日

舞鶴市長　鴨 田　秋 津　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　 　　　　　　　　　㊞

参加申込書（公募型）

舞鶴市医療機能最適化検討業務の公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加を申し込みます。

記

１　業 務 名　　舞鶴市医療機能最適化検討業務

２　添付資料　（１）事業者概要書（様式２）

　　　　　　　（２）業務実績書（様式３）

　　　　　　　（３）宣誓書（様式４）

（４）事業者の概要を説明したパンフレット

【担当者連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　FAX番号

　　E-mail