　様式第1号

　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

公募型プロポーザル参加資格審査申請書

令和　　年　　月　　日

　（あて先）

　　滋賀県病院事業庁長　　宮川　正和

住所

(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

商号または名称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者または受任者名　　　　　　　　　　　　　　印

　 建設コンサルタント等登録番号 第　　　　　　　　　号

　滋賀県病院事業庁公募型プロポーザルに参加する資格の審査を申請します。

　なお、この申請書および添付書類については、事実と相違ないこと、ならびに日本国の法令を遵守することを誓約します。

|  |
| --- |
| **病院事業庁側記入欄** |
| 確認 |