

医療法人涸仁会
手稲涸仁会病院・手稲涸仁会クリニック
清掃・シーツ交換業務委託プロポーザル参加申込書

令和3年 月 日

手稲涸仁会病院 病院長 殿
手稲涸仁会クリニック 院長 殿

所在地

事業者名

代表者職/氏名

⑨

医療法人涸仁会手稲涸仁会病院・手稲涸仁会クリニック 清掃・シーツ交換業務委託プロポーザルに参加したいので、医療法人涸仁会手稲涸仁会病院・手稲涸仁会クリニック 清掃・シーツ交換業務委託プロポーザル募集要領（以下「募集要領」という。）に基づき、下記資料を添付のうえ参加を申し込みます。

尚、募集要領4の資格要件を満たしていることを申し出ます。

記

- 添付資料
- 1 資格要件確認書
 - 2 個人情報保護に関する方針等（既存の印刷物でも可）

【連絡担当者連絡先】

担当者名

電話番号

FAX

E-mail