

様式第1号

参加表明書

令和 年 月 日

(あて先)

橋本市病院事業管理者 古川 健一 様

(参加者) 住所

事業者名

代表者名

印

下記のことについて、参加の意思を表明し、参加資格要件を全て満たしていることを誓約します。

契約名 2025年度 橋本市民病院 医薬品単価契約

記

<提案者連絡先>

所属名

担当者氏名

連絡先

メールアドレス

以上