（様式第１号）

令和２年　月　　日

　つがる西北五広域連合

　　病院事業管理者　高杉 滝夫　様

（鰺ヶ沢病院）

住所

名称

代表者職・氏名

担当者職・氏名：

電話：　　　　　　ＦＡＸ：

Ｅｍａｉｌ：

つがる西北五広域連合鰺ヶ沢病院敷地内保険調剤薬局整備事業プロポーザル

参　　加　　申　　込　　書

つがる西北五広域連合鰺ヶ沢病院敷地内保険調剤薬局整備事業に係るプロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて申込みします。

　なお、弊社は、公示された本プロポーザルに係る参加資格の全てを満たしていることを申し添えます。

添付書類

1. 会社概要、会社案内（パンフレット等）

2. 青森県西津軽郡内における保険調剤薬局開設状況等（様式２）

3. 物品供給入札参加資格登録を確認できる書類

4. その他参考書類