**参　加　申　込　書**

令和　　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

(鶴田診療所)

所在地

事業者名

電話番号

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　令和５年１０月２日に公募された「鶴田診療所医事業務委託公募型プロポーザルに係る実施要領」に基づき、参加の意思がありますので申請します。

　なお、この参加申込書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約いたします。

１　添付書類

　(2) 誓約書（参加様式２）

　(3) 履行実績報告書（参加様式３）

(4) 商業登記簿謄本

　(5) 納税証明書 (直近１年分)

　(6) 財務諸表(直近２年分)

(7) つがる西北五広域連合圏域での入札参加資格審査結果通知書

(8) 個人情報の取扱に関する取組が把握できるもの

(9) 会社案内のパンフレット

※証明書類は参加申込日から3ヶ月以内に発行されたものを添付してください。

２　参加者決定の連絡先

(1) 担当者氏名

　(2) 連絡先

　　①　電話番号 　　②　Ｅ-mail

　　③　ＦＡＸ番号

3　施設説明会への参加希望

施設説明会への参加を

□希望します　　　□希望しません

　　 　　以　上