**高知医療センター統合情報システム更新委託業務公募型プロポーザル**

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

高知県・高知市病院企業団

企業長　村岡　晃　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者職/氏名 |   |

高知医療センター統合情報システム更新委託業務公募型プロポーザルに参加したいので、高知医療センター統合情報システム更新委託業務公募型プロポーザル募集要領（以下「募集要領」という。）に基づき、参加を申し込みます。

なお、募集要領の参加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（別紙様式4）

 2　個人情報保護に関する方針等（既存の印刷物でも可）

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |