**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**

**説明会参加申込書兼仕様書提供申込書**

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 |  |

該当部分に〇をつけてください

・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説明会に

　次の者が参加します。

説明会時間：・13時～14時　・15時～16時　※説明内容は両方とも同じ内容です。

・仕様書一式データの受領のために　　　月　　　日　　　時頃に次の者がお伺いします。

　※申込期限：受領希望日の前日の15時（ただし8月18日受領希望の場合8月15日）

　※仕様書提供期間：令和７年８月13日から８月21日までの平日９時から17時まで

|  |  |
| --- | --- |
| 役職名 | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |

　※説明会は会場の都合により１参加者当たり２名までの参加とします。

【連絡担当者連絡先】

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

（注意事項）

1．申込なしの仕様書提供、説明会参加については、受け付けません。期限厳守にて事前申込願います。

2．FAX及び電子メールにより送信していただいた場合、必ず電話にて到達を確認してください。

3．説明会への出欠が当該プロポーザルへの参加に影響することはありません。

説明会参加申込期限：令和７年８月８日（金）午後３時

ＦＡＸ ０８８－８３７－３６６９

電子メール　mitc@khsc.or.jp　　（高知医療センター 医療情報センター 木谷 宛）