応募申込書

様式２

令和　　年　　月　　日

山形県病院事業管理者　阿彦　忠之　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり、公募型プロポーザル方式による「山形県立病院個人医業未収金回収収納業務委託」に係る業者選定に応募したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

１　　企画提案書（様式３ほか）

担当部局等

　担当部署　　　　　　　　　担当者氏名

　所在地

　電話　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　E-mail

２　　成功報酬見積書（様式４）

３　　別表に定める書類