様式第３号

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人長野県立病院機構

理事長　本田　孝行　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名

　下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、参加要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

１　対象業務名

　　地方独立行政法人長野県立病院機構の経営分析及び経営改善等支援業務

２　公告日

令和６年３月４日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール