（様式第１号）

受付番号

応　募　申　込　書

　令和　　　年　　　月　　　日

（あ　て　先）仙台市健康福祉局長

　　　〒

所在地

事業者名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

「仙台市における医療のあり方に関する検討支援業務委託」実施事業者選定プロポーザルに応募の意思がありますので、申し込みます。

なお、この度申請する記載事項及び応募書類については、全て事実と相違ないことを誓約いたします。

担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 部署  職名 |  | FAX番号 |  |
| Eメール  アドレス |  | | |