

総合評価参加表明書

年 月 日

井原市立井原市民病院
井原市病院事業管理者
齋藤 信也 様

所在地
商号又は名称
代表者職名前

㊟

担当部署
担当者職名前
連絡先
電話
電子メールアドレス

リハビリテーション支援ソフト導入業務に係る総合評価実施要領にもとづき提案に参加したいので、下記の書類を添えて申し込みます。

なお、地方自治法施行令第167条の4に該当しない者であること及び添付書類の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 会社概要（様式第2号）
- 2 導入実績(予定)報告書（様式第3号）
- 3 誓約書（様式第4号）