（様式第１号）

令和３年 　月　 日

プロポーザル参加表明書

おおいた医療ネットワーク運営協議会

会長 澤口　博人 様

所　在　地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「おおいた医療ネットワークシステム構築業務委託公募型プロポーザル」に参加することを表明します。

なお、同実施要領で定められた参加資格条件をすべて満たしていることを誓約します。

　上記の誓約に反することが明らかになった場合、企画提案について失格となり、また、契約を解除されても異存はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 | 　 |
| 担当者　氏名 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| E-mail | 　 |

* 共同企業体で参加する場合は、代表構成員のみ記載し、商号又は名称のあとに代表構成員である旨を（　）書きにより記載すること。また（別紙）構成員の一覧を作成すること。

（別　紙）

共同企業体の構成員（代表構成員を含む）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １ | 所在地 | 〒 |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |  |
| 代表者職氏名 |  |  |  |
| ２ | 所在地 |  |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |  |
| 代表者職氏名 |  |  |  |
| ３ | 所在地 |  |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |  |
| 代表者職氏名 |  |  |  |
| ４ | 所在地 |  |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |  |
| 代表者職氏名 |  |  |  |
| ５ | 所在地 |  |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |  |
| 代表者職氏名 |  |  |  |

※代表構成員については、表中右蘭に「〇」を記入してください。