（様式１）

令和　　年　　月　　日

鹿児島県立北薩病院長　小寺　顕一　殿

住 所：

法人等名：

代表者名： 印

**「鹿児島県立北薩病院　経営改善支援業務委託」公募型プロポーザルに係る参加表明書**

「鹿児島県立北薩病院　経営改善支援業務委託」に係る公募型プロポーザルについて，参加の意思を表明します。

なお，鹿児島県立北薩病院　経営改善支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領の　「４応募資格」に掲げる要件を全て満たしていることを誓約します。

（担当者）

部署名：

氏　名：

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：