（様式第１号）

プロポーザル参加表明書

平成　　年　　月　　日

　静岡県後期高齢者医療広域連合長　原田英之　様

住　　　　所

申請者　名　　　　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　平成28年度第19号静岡県後期高齢者医療広域連合例規システム導入業務について、公募型プロポーザルへの参加を表明します。

　なお、本プロポーザルにおける参加資格要件を全て満たしていること及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

連絡先

〒420-0851

静岡県静岡市葵区黒金町59番地の７

ニッセイ静岡駅前ビル３階

静岡県後期高齢者医療広域連合　総務室

℡：054-270-5520　FAX：054-272-3312

E-mail：jimukyoku@shizuoka-ki.jp