

(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

Tel : 054-270-5520 FAX : 054-272-3312

E-mail : jimukyoku@shizuoka-ki.jp

会 社 概 要 書

平成 年 月 日

1. 会社概要

提 案 者	名 称	連 絡 担 当 者	所 属
	所 在 地		役職・氏名
	ホームページアドレス		電話番号(内線)
			F A X
			E-mail
設立年月		資本金(円)	
年間売上金 (円)		従業員数(人)	
支社(支店)		関連会社	
会社の特色 認証取得等 (例) ISO27001/ISMS、 プライバシーマーク			
担当するサービス拠点	住 所		
	名 称		