（様式１－１）

令和　　年　　月　　日

　奈良県福祉医療部長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　 在 　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号・名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

奈良県医師確保計画策定等に係る業務委託

参　加　申　込　書

　　「奈良県医師確保計画策定等に係る業務委託」に関するプロポーザルに、次の書類を添えて申込みします。

　　なお、参加申込みに際し、下記の事項について誓約します。

記

１．添付書類

　事業者概要書（様式１－２）・・・・・・・・・・・　１部

同種業務実績（様式１－３）・・・・・・・・・・・ １部

２．誓約事項

（１）公募型プロポーザル実施説明書「３　参加資格」をすべて満たしていること（「３

参加資格」（４）を満たしていない場合には、速やかに業務登録手続きを開始し企画提案書の提出時点において登録を完了していること）

（２）公募型プロポーザル実施説明書「４　参加方法」（２）④により提供する参考データについては、本業務委託の企画提案書を作成する目的にのみ使用すること。

 【本プロポーザルに係る担当者の連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
|  　担当部署名 |  |
|  　 |  |
|  　電話番号（内線） |  |
|  　 |  |
|  　 |  |

　　　　　　　※書類送付等の送付先となります。