

【様式1】

プロポーザル参加申込書

年 月 日

一般社団法人福山市医師会
会 長 西 岡 智 司 様

郵便番号
住所（所在地）
事業者名
代表者

福山市医師会看護専門学校業務支援システムの構築について、プロポーザルへの参加を表明します。なお、今後、審査の内容及び結果その他プロポーザルに関して一切異議を申し立てません。

1) 事業者概要

事業者名			
システム名			
代表者氏名			
所在地又は住所	〒		
電話番号			
設立年月（西暦）		資本金	
事業所数 （最寄の事業所所在地）			
社員数		株式上場の有無	
自社ホームページ			
導入実績件数			

※貴社の概要が示されている既存のパンフレット等がある場合は添付してください。

【様式 1】

2) 担当者

氏名	
所属部署・役職	
住所	〒
電話番号	
E-mail	

※代理店・共同提案者がある場合には明記してください。

事業者名	
担当者氏名	
所属部署・役職	
住所	〒
電話番号	
E-mail	

備考欄

--