（様式１）

**南和広域医療企業団南奈良総合医療センター警備業務委託に係る**

**公募型プロポーザル方式受託者募集　参加申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

　南和広域医療企業団

　企業長　森川　東　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

「南和広域医療企業団南奈良総合医療センター警備業務委託公募型プロポーザル受託者募集要項」に基づき、参加申込書を提出します。なお、参加資格についてはすべて満たしていることを誓約します。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 役職名 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 応募資格の有無 | □応募資格（１）～（９）をすべて満たしていることを自己申告します。※応募資格を満たしたうえで申し込まれることを確認して□にチェックしてください。 |