（様式１）

**石川県立中央病院検体検査業務（一社化分）に係る企画提案**

**参加申込書**

令和６年　　月　　日

石川県立中央病院長　　様

応募者

郵便番号:

住所:

企業名:

代表者職・氏名: 　　　　　　　　　　　　印

担当者所属・氏名:

電話番号:

FAX番号:

メールアドレス:

石川県立中央病院検体検査業務（一社化分）に係る企画提案実施要領に基づき、下記添付書類を添えて応募します。なお、同要領「７．参加資格」に規定する要件を全て満たしていることを誓約します。

記

（１）類似業務受注実績調書（様式２）

（２）会社の概要等

以上