（様式２）

令和　　年　　月　　日

　　大分市長　足立　信也　様

 所在地

 商号又は名称

 代表者名

大分市救急医療電話相談事業（♯7119）運営業務

公募型プロポーザル参加表明書

大分市救急医療電話相談事業（♯7119）運営業務に係るプロポーザルへの参加を希望します。

なお、当社は「大分市救急医療電話相談事業（♯7119）運営業務公募型プロポーザル実施要領」の３．参加資格を全て満たすことを誓約いたします。

 企画提案に係る連絡先

 　　部署名

 　　担当者職氏名

 　　住所

　 　　電話

　 　　ＦＡＸ

　 　　E-Mail