

様式1

令和 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 宛て

所在地

名称

代表者氏名

印

参加意向申出書

下記の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：浜松医療センター清掃業務

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail