様式１

山口県後期高齢者医療広域連合財務会計システム更新事業

プロポーザル　参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　山口県後期高齢者医療広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　 (所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　 商　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　 (法人名)

　　　　　　 氏　　名 　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(代表者職氏名)

山口県後期高齢者医療広域連合財務会計システム更新事業にかかるプロポーザルについて、実施要領に定める参加資格要件を満たしていることを誓約のうえ、参加を申し込みます。

（担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 連 絡 先 | 電話 |
| FAX |
| E-mail |