様式１-１

参加表明書

令和　　年　　月　　日

　多久小城医療組合　管理者　あて

住所

事業者名・共同事業体名

代表者名

* 共同事業体で参加する場合は、代表事業者の名称を併記し、代表者名を記入してください。

公立佐賀中央病院売店運営事業の公募型プロポーザルに参加したいので、参加資格を有することを証明する書類を添えて参加表明します。なお、提出書類及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4の規定に該当する事実はなく、本表明書提出時において、官公庁から指名停止処分は受けておりません。

【代　表　者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 責　任　者 |  | 事業者名 |  |
|  | 所属 |  |
|  | 役職・氏名 |  |
|  | 電話番号 | （直通：　　　　　　　） |
|  | 電子メールアドレス |  |
| 担　当　者 |  | 事業者名 |  |
|  | 所属 |  |
|  | 役職・氏名 |  |
|  | 電話番号 | （直通：　　　　　　　） |
|  | 電子メールアドレス |  |

【構成員（代表構成団体を除く）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 責　任　者 | 事業者名 |  |
| 所属 |  |
| 役職・氏名 |  |
| 電話番号 | （直通：　　　　　　　） |
| 電子メールアドレス |  |
| 担　当　者 | 事業者名 |  |
| 所属 |  |
| 役職・氏名 |  |
| 電話番号 | （直通：　　　　　　　） |
| 電子メールアドレス |  |

※構成団体欄が足りない場合は、記入欄を増やすか本書を複写してください。