

(様式第 1 号)

地方独立行政法人大牟田市立病院医療用医薬品運用業務企画提案競争応募書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院理事長 宛

〒

本店所在地  
商号又は名称  
代表者職・氏名  
電話番号

実印

私は、関係規定等を遵守し、地方独立行政法人大牟田市立病院医療用医薬品運用業務企画提案競争に関係書類を添えて応募するものである。

使用印	
会社印（角印）	代表者印（丸印）
<small>丸印に社名がない場合は必ず押印のこと</small>	

見積、契約の締結、代金の請求・受領等に使用する印鑑を使用印とすること  
委任する場合は、委任先の印鑑を押印のこと

担当者部署名・氏名

電話番号

FAX番号

E-mailアドレス

大牟田市立病院受付印