

(様式第 1 号)

高松赤十字病院  
院長 西村 和修 様

住所 :  
商号又は名称 :  
代表者役職氏名 :  
担当者 :  
TEL :  
FAX :  
メールアドレス :

高松赤十字病院 内視鏡・超音波・生理検査システム更新に係る委託業務参加表明書

標記の件について申し込みいたします。

記

1.添付書類

- ① 競争入札参加資格確認書類
  - ② 法人概要説明書
- 代表者印押印のもの1部

この欄は記載しないでください。 受付 No :
-------------------------