（様式１）

**参　加　表　明　書**

令和　　年　　月　　日

宇部市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

代表者氏名

宇部市休日・夜間救急診療所医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルについて、関係書類を添えて参加を表明します。

（連絡先）所属名：

担当者：

電　話：

Ｅ-mail：