（様式2）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

参　加　表　明　書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における検体検査業務委託

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail