様式第２号

プロポーザル参加申込書

年　　月　　日

筑紫野市長　殿

所在地

会社名

代表者　　　　　　　　　　　　　　㊞

　プロポーザルについて、下記のとおり参加申込みします。

記

業務名　　　　　　国民健康保険診療報酬明細書点検業務

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者指名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

【連絡先】