様式７

**企画提案書提出届**

令和　　年　　月　　日

一般財団法人魚沼市医療公社

理事長　佐藤　幸示　様

所在地

商号又は名称

役職

代表者氏名（契約権者名） 　　　　　　　　　　　㊞

業務名： 一般財団法人魚沼市医療公社 職員福利厚生制度請負契約

令和　年　月　　日付けでプロポーザルの指名がありました上記業務について、貴社が開示した参加資格要件を満たしていること、また、業務関係図書（実施要領、仕様書等）の内容を全て確認し、承諾した上で、企画提案書を提出します。

なお、提案書類の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

担当部署名

担当者職氏名

所在地

電話

ＦＡＸ

Ｅ－Ｍａｉｌ