（様式１）

令和　　年　　月　　日

公立大学法人横浜市立大学理事長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

参 加 意 向 申 出 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：公立大学法人横浜市立大学附属病院　保険調剤薬局整備・運営事業

　　　　　　　　　　　連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail