（様式　１）

**参加表明書**

（京都市立病院患者支援センター地域連携室地域医療連携業務人材派遣）

令和　　年　　月　　日

（あて先）

京都市立病院機構理事長

　標記業務に係るプロポーザルへの参加について表明します。

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

【担当者連絡先】

　　担当部署：

　　氏名：

　　電話番号：

　　ＦＡＸ番号：

　　メールアドレス：