様式第１号

令和　　年　　月　　日

企画提案参加資格確認申請書

　公益社団法人岡山県医師会　会長　松山　正春　殿

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者の職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　（連絡責任者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）

　　　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）

　　　　　　　　　　　　　　（電子メール）

　令和３年３月２５日付けで公告のあった企画提案に参加したいので、申し込みます。

　なお、企画提案参加資格を満たしていることを誓約します。

記

１　公告番号　　岡医第５１７１号

２　業 務 名　　新型コロナウイルスワクチン集団接種会場設置・運営訓練業務