

公募型業務委託見積合せ参加確認書

平成 年 月 日

地方独立行政法人明石市立市民病院理事長 様
(明石市立市民病院財務課 宛)

住 所
商号又は名称
業者コード

下記のとおり公募型業務委託見積合せに参加するために、郵便物を貴院に書留等にて確かに送付しましたので、ご査収ください。

記

- 1 業務名称 医業未収金管理回収業務
- 2 書留等郵便物差出日時 <必ず、書留・特定記録郵便物受領証(お客様控)を添付すること>

書留・特定記録郵便物受領証(お客様控)を添付して下さい。

※ 公募型業務委託見積合せ参加申請書等を送付後、当日中に明石市立市民病院経営管理室財務課へファクシミリ(078-914-8374)により送付してください。