

宛名シール

〒673-8501

明石市鷹匠町1番33号

地方独立行政法人明石市立市民病院

経営管理本部施設用度課

公募型プロポーザル方式物品購入契約担当者 行

差出人（参加申込者）

住 所	〒
商号又は名称 代表者職氏名	業者コード（                      ）
申込物品購入名	胸部 CT 読影支援システム装置購入

書 留

線に沿ってお切り下さい

- ・角 2 型封筒（A 4 が折らずに入るサイズ）の表面に上記シールを必ず貼付して下さい。
- ・1 通の封筒の中に他の業務の関連書類があった場合は、関連する全ての案件において無効となります。
- ・業者コードは、明石市ホームページの契約課「入札コーナー」の 4. 「業者登録一覧表」に掲載されています。