

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

京都市立病院機構理事長 殿

所 在 地 :

商 号 又 は 名 称 :

代表者職・氏名 : 印

参 加 表 明 書

「京都市立病院 PFI 事業検証支援業務」のプロポーザルに参加を表明したいので、関係書類を添えて参加表明書を提出します。

プロポーザルに参加を表明するに当たり、実施要領に規定されている参加資格を満たしていることを誓約いたします。

また、委託業者として選定されました上は、法令及び契約条項を厳守し、誠実に業務を履行することを誓約いたします。

この誓約に反したことにより、業務の取り消し、停止等の不利益を被ることとなっても異議はありません。

(連絡担当者)

部 署 ・ 役 職 氏 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l	