（提案書様式１）

令和　　年　　月　　日

韮崎市国民健康保険韮崎市立病院

開設者　韮崎市長　内 藤 久 夫　宛

所 　在 　地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

（担当者連絡先）

所　属

職氏名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

E-mail

提　　　案　　　書

韮崎市国民健康保険韮崎市立病院におけるＸ線ＣＴ診断装置および画像診断ワークステーション調達事業者選定に係る公募型プロポーザル事業者選定について、別添のとおり提案します。