

様式 1

令和 2 年 月 日

## プロポーザル参加申込書

埼玉県病院事業管理者 様

所在地

金融機関名

代表者名

印

地方独立行政法人埼玉県立病院機構（仮称）の主要な取引金融機関の選定にかかるプロポーザルについて、当該プロポーザル実施要領に示す参加資格要件の全てを満たしているため、参加します。

### 担当者連絡先

部 署 名	
職 名	
氏 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l	