（様式第１号）

参　加　申　請　書

年　　月　　日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター理事長　様

住　所

会社名

代表者（役職名・氏名）　　　　　　　　　　　印

地方独立行政法人栃木県立がんセンター勤怠管理システム更新公募型プロポーザルに参加の意思を表明します。

なお、参加資格の条件を満たすことを誓約します。

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |