様式１

**地方独立行政法人福岡市立病院機構**

**会計監査業務委託提案競技参加申込書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人福岡市立病院機構　理事長

（申込者）

所在地

商号又は名称

代表者

福岡市立病院機構会計監査業務委託提案競技に参加したいので、申し込みます。

なお、この業務にかかる「地方独立行政法人福岡市立病院機構会計監査業務委託提案競技募集要項」に定める応募要件を満たしていることについては、事実に相違ないことを誓約いたします。