様式５

**提案書提出書**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人　福岡市立病院機構

理事長　　様

所在地又は住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　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基づき、下記のとおり、地方独立行政法人福岡市立病院機構会計監査業務について、企画提案書類を提出いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務担当責任者 | 所在地又は住所 |  |
| 商号又は名称 |
| 所属職名 |
| 担当者名 |
| 電話番号 |
| FAX番号 |
| メールアドレス |
| 選考結果通知先 | （※以下は事務担当責任者と同じ場合は記入不要です。） |
| 所在地又は住所 |  |
| 商号又は名称 |
| 所属職名 |
| 担当者名 |
| 電話番号 |

【記載上の注意】

※1　正本のみ、所在地又は住所、商号又は名称、代表者職氏名を記載し、代表者印の押印を行うこと。

※2　副本については、提出日のみ記載し提出すること。