

(別紙様式1)

応 募 意 思 表 明 書

令和 年 月 日

山形県知事 吉村 美栄子 殿

所 在 地
法人・団体名
代表者職氏名

印

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構会計監査人の選定に係る企画提案への参加を申込みます。

(担当者連絡先)

所 属 名	
役職名・氏名	
電 話 番 号	
ファクシミリ番号	
メールアドレス	

○添付書類

応募意思表明者の事業概要がわかる資料 (パンフレット等)