第４号様式（第１０条、第１２条関係）

令和　　年　　月　　日

　大垣市長　様

所在地

　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

提 案 書

　次の件について、提案書を提出します。

　業務委託名　大垣市民病院未収金回収業務委託

　　　　　　　　　　　　　連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　所　属：

　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　電　話：

　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：