様式２

企　画　提　案　書

　　年　　月　　日

　　公益財団法人　東京都医学総合研究所　副理事長　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

（個人にあっては住所、氏名）

下記の業務について、別紙のとおり提案の詳細資料を提出します。

記

１　対象業務名

公益財団法人東京都医学総合研究所　給与計算処理に係る導入及び運用業務委託

【連絡先】　担当者所属

氏　名

　　　　　　電　話

　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　メール

　　　　　　　（※本案件の連絡用メールアドレスを必ず記載すること）