（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　公益社団法人

室蘭市医師会

会長　　稲川　昭　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同企業体　　名　　称（予定）

住　　所

**共同企業体の概要**

　共同企業体の概要は、次のとおりです。

記

１　共同企業体の構成として以下のとおり予定しています。

構　成　員　　住　　所

　　　（代表者）　　名　　称

　　　　　　　　　　代表者名

　　　構　成　員　　住　　所

　　　（非代表者）　名　　称

　　　　　　　　　　代表者名

２　各構成員の役割分担は以下のとおり予定しています。

　　　共同企業体代表者　　　○○

　　　非代表者である構成員　○○

３　協定書が作成され次第、速やかに提出します。