

(様式第 1 号)

参 加 申 込 書

瀬戸内市立瀬戸内市民病院医事業務について、提案書に基づくプロポーザルに参加したいので、参加申込書を提出します。

令和 年 月 日

瀬戸内市病院事業管理者 様

住 所
会 社 名
職・氏名
電話番号
F A X
E- mail

㊞

受 付 印

受付番号____号