様式１

令和 　 年 　月 　 日

岩見沢市立総合病院長　　様

参 加 申 込 書

岩見沢市立総合病院医事業務委託プロポーザル募集要項に基づき、医事業務委託プロポーザルに参加を申し込みます。

所在地

事業所名

代表者氏名 ㊞

担当者氏名

担当者部署

電話番号

FAX番号

E-mail