|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号  ※病院記入 |  |

様式３

提出日:令和 　 年 　月 　 日

岩見沢市立総合病院

医事業務委託にかかる企画提案書

所在地

事業所名

代表者氏名 ㊞