

公募型プロポーザル方式業務委託
院内見学会参加申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 様

(申請者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

④

業 者 コ ー ド

電話番号 ー ー

F A X 番 号 ー ー

下記の業務について、公募型プロポーザル方式業務委託について、院内見学会に参加したく下記のとおり申請いたします。

記

業 務 名 診療材料等物品調達管理業務

院内見学会

実施日：2018年8月20日(月)

※見学会の時間につきましては、追って電話致します。

参加人数：1名まで

連絡担当者：() 連絡先電話番号 ()