様式１

平成　　年　　月　　日

沖縄赤十字病院

　院長　大嶺　　靖　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申込者　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　㊞

沖縄赤十字病院医事業務等業務委託契約プロポーザル参加申込書

　標記業務委託に係るプロポーザルについて、下記のとおり参加申込みします。

　なお、添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　１．添付書類　受託実績書（様式２）

　　２．連絡先　　所　　　属

　　　　　　　　　　　氏　　　名

　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　E-mail