

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

(印)

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 _____
 F A X 番 号 _____
 E - m a i l _____