

平成 年 月 日

地方独立行政法人 長崎市立病院機構
理事長 兼松 隆之 様

参 加 申 込 書

医事業務等委託プロポーザル募集要領に基づき、下記資料を添付のうえ、医事業務等委託プロポーザルに参加を申し込みます。

記

- 1 法人概要書
- 2 個人情報保護に関する方針等

所在地

事業者名

代表者名

印

【連絡先】

担当者氏名

電話番号

F A X

E - M a i l