

受付番号 ※当課記入	
---------------	--

提出日：平成 年 月 日

地方独立行政法人長崎市立病院機構
長崎みなとメディカルセンター市民病院
医事業務委託公募型プロポーザル企画提案書

所在地

事業者名

代表者名

印

連絡先

電話番号

F A X

E - M a i l