

【様式1】

参加申込書

「沖縄県立南部医療センター・こども医療センター医事業務委託及び、地域連携室業務委託」企画コンペ実施要領の条件等を了解し、参加を申し込みます。

令和 年 月 日

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
院長 和氣 亨 殿

申込者：会社名

住所

代表者名

担当者：所属・職・氏名

電話番号

FAX

メール