様式第２号

参　加　申　込　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

　松江市病院事業管理者

　病院長　久留　一郎　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

松江市立病院医事業務委託プロポーザルへの参加を希望します。

（連絡先）担当者氏名

　 電話番号

FAX番号

E-mail