

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

磐田市立総合病院
病院事業管理者 鈴木 昌八 様

申請者

住所(所在地)

商号又は名称

代 表 者 名

印

参 加 意 思 表 明 書

中東遠 5 病院薬剤部・医療技術部合同研修事業業務に参加したいため、以下のとおり申請します。

なお、中東遠 5 病院薬剤部・医療技術部合同研修事業業務にかかるプロポーザル実施要領の参加資格を全て満たしていること及び提出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 連絡先

所 属 部 署 名 :

役職名・氏名 :

住 所 :

電 話 番 号 :

F A X 番 号 :

E - m a i l :