様式７

**現　地　見　学　会　参　加　申　込　書**

令和3年　　月　　日

岐阜市病院事業管理者　　様

（参加申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名

担当者　氏名

電話

FAX

　　　　　　　　　E-mail

岐阜市民病院医療事務等業務委託事業者選定に係るプロポーザルに伴う見学会に下記の者が参加を希望しますので、現地見学会参加申込書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者名 | 職務名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

２　連絡責任者氏名及び所属

３　連絡責任者の電話番号・ＦＡＸ番号

４　参加希望時間