（様式１）

令和　　年　　月　　日

公立大学法人奈良県立医科大学

　理事長　細井　裕司　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

参　加　申　込　書

　「病院機能評価受審支援業務委託」にかかるプロポーザルに参加申し込みします。