

(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。