様式①

参加申込書

年　　月　　日

社会福祉法人済生会支部

栃木県済生会宇都宮病院　　　　御中

　　　　　　　　　　　　　　参加（代表）者

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　令和４年1月31日付けで公告のあった「済生会宇都宮病院保険薬局運営事業」に応募いたしたく、実施要項6.参加資格要件(1)から(15)の条件を全て満たす企業として、添付書類を添えて申請しますので、参加資格の確認をお願いいたします。

事務連絡担当者

会社名

住所

氏名

電話番号

携帯

メール