【様式１】

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**参加申請書**

｢八重山病院医事委託業務及び診療情報管理業務委託｣企画提案応募実施要領の条件を了解し、参加を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

沖縄県立八重山病院　院長　篠﨑　裕子　殿

申込者：会社名

所在地

代表者名 印

連絡担当者：所属

氏名

電話番号

E-mail

Fax