

(様式4)

平成 年 月 日

現 地 説 明 会 参 加 申 込 書

いわき市立常磐病院の後継医療機関の募集について、「いわき市立常磐病院の後継医療機関募集に関する要領」に基づき、現地説明会への参加を申し込みます。

いわき市長 様

所 在 地

法 人 名

印

代 表 者 名

印

【連絡先】

担当者氏名： _____

担当者所属： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

電子メール： _____ @ _____