

様式 1

# 参加申請書

「入院患者への紙おむつ・C Sセット提供業務」に関する公募に参加したいので、本書のとおり申請します。

2 0 2 5 年      月      日

住所

氏名 印

法人の場合は、法人名及び代表者役職氏名を記入し、法人印及び代表者印を押印すること。

地方独立行政法人  
岐阜県立多治見病院    理事長    様

(連絡担当者)

担当部署	
職・氏名	
電話番号	
F A X	
E-M a i l	