一宮市立市民病院地域医療連携室業務委託企画提案書

　　年　　月　　日

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　印

一宮市立市民病院地域医療連携室業務委託に係る公募型プロポーザル方式による募集について、公募型プロポーザル実施要領に基づき企画提案書を提出します。

なお、本書及び添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

（担 当 部 署）

担当部署名

所 在 地

担当者氏名

電話

E-mail