参加申込書

平成　　年　　月　　日

　　　秋田赤十字病院

　　　　院長　小棚木　均　宛

 住所

 商号又は名称

 代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　印

 担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

 連絡先　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　ＦＡＸ番号

 　　　　Ｅ－ｍａｉｌ

 下記の企画提案に参加を申し込みます。

記

 件名：　秋田赤十字病院給食業務委託業者の募集