様式５

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号  ※当課記入 |  |

提出日：平成　　年　　月　　日

**地方独立行政法人りんくう総合医療センター**

**医事業務等委託にかかる企画提案書**

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先

電話番号

ＦＡＸ

Ｅ－Ｍａｉｌ