

京都市立病院機構総合情報システムの構築監理支援業務 申込書

(あて先) 地方独立行政法人京都市立 病院機構 理事長 様	提出日	平成	年	月	日
	受付日	平成	年	月	日
事業者の主たる事務所の所在地	事業者の名称及び代表者名(記名押印又は署名)				

連絡先担当者

担当者名	フリガナ
所属(施設名等)・役職名	
勤務する事務所等の所在地	〒
TEL/FAX	
E - m a i l	