

(様式 1)

参加表明書

(京都市立病院患者支援センター地域連携室地域医療連携業務人材派遣)

令和 年 月 日

(あて先)

京都市立病院機構理事長

標記業務に係るプロポーザルへの参加について表明します。

所在地

法人名

代表者名

印

【担当者連絡先】

担当部署：

氏名：

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：