指定様式６

令和　　年　　月　　日

（あて先）

蒲郡市長

〒・住所

商号または名称

代表者

院内見学申込書

蒲郡市民病院医事業務委託業者募集要領に基づき、以下の内容にて貴院内の見学を申し込みますのでよろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 日　時(１時間以内) | 人　数(３名以内) | 見学希望場所(具体的に記入) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１希望 | 月　　日（　）：　　～　　： |  |  |
| 第２希望 | 月　　日（　）：　　～　　： |  |  |
| 第３希望 | 月　　日（　）：　　～　　： |  |  |

連絡先担当者

所　属

氏　名

電　話

ＦＡＸ

Ｅ-mail

（本申込に対する回答は、蒲郡市民病院事務局から電話またはＦＡＸにて連絡します。）