

大阪市立北市民病院移譲先応募登録申出書

大阪市立北市民病院移譲先募集に登録を申し出ます。

なお、応募にあたって必要な書類は別に期限までに提出します。

応 募 者	
名称	
所在地	〒 —
代表者役職 及び氏名	
(共同応募者) ※共同応募者がある場合のみ	
所在地 及び名称	〒 —
窓 口 担 当 者	
担当者氏名	
所属部署名	
連絡先	TEL
	e-mail

※窓口担当者の名刺を添付してください