

大阪市立北市民病院移譲先応募書

平成 21 年 月 日

大阪市病院局長
異 陽 一 様

所 在 地

名 称

代表者役職
氏 名

印

大阪市立北市民病院移譲先について、必要な書類を添付のうえ応募します。

| (共同応募者) ※共同応募者がある場合のみ | | | |
|-----------------------|---|--------|---|
| 所在地 及び名称 | 〒 | — | 印 |
| 所在地 及び名称 | 〒 | — | 印 |
| 所在地 及び名称 | 〒 | — | 印 |
| 所在地 及び名称 | 〒 | — | 印 |
| 所在地 及び名称 | 〒 | — | 印 |
| 窓口担当者 | | | |
| 担当者氏名 | | 所属部署名 | |
| tel | | e-mail | |