

様式①

参 加 申 込 書

年 月 日

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部
支部長 大森 徹 様

参加（代表）者
所 在 地
法 人 名
代表者名

令和 3 年 1 月 5 日付けで公告のあった「福岡県済生会大牟田病院 保険薬局等運営事業」に応募いたしたく、募集要項5.参加資格要件(1)から(15)の条件を全て満たす企業として、添付書類を添えて申請しますので、参加資格の確認をお願いいたします。

事務連絡担当者
会社名
住所
氏名
電話番号
携帯
メール