**坂下診療所・坂下老健運営事業候補者募集に係る**

**現地説明会参加申込書**

令和　　年　　月　　日

中津川市　病院事業部　経営企画課　行

　次のとおり、現地説明会への参加を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | （フリガナ） |  |
|  | |
| 住　　　　 所 | 〒 | |
| 参加予定者  （役職・氏名） |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

※　説明会への参加は１法人２名以内とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者連絡先 | |
| 所属 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |