**坂下診療所・坂下老健運営事業候補者指定申請書**

令和　　年　　月　　日

中津川市長 青山　節児 様

 　　　　　　　　　　　　　　　　（申　請　者）

所　 在 　地

法　 人 　名

代表者職名

代表者氏名

中津川市の坂下診療所・坂下老人保健施設の運営事業候補者指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

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