様式第１号

福井県立すこやかシルバー病院指定管理者現地説明会出席申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申　　込　　回（いずれかに○） | 第　１　回　　　・　　　第　２　回 |
| 団　体　名　等 | 団体名代表者氏名 |
| 主たる事務所所在地 | 〒住　　所電話番号ＦＡＸ番号 |
| 　説明会出席者（所属・職名・氏名） | 所　　　属 | 職　名 | 氏　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 連　絡　先 | 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 備　　考 |  |