|  |
| --- |
| 参　加　表　明　書新卒看護師向けパンフレット及び動画制作業務委託プロポーザルについて参加することを表明します。令和　　年　　月　　日　　（宛先）小牧市病院事業管理者提出者　〒・住所商号又は名称代表者　　　　　　　　　　連絡先担当者所　属　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　Ｅ-mail |