|  |
| --- |
| 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 |