様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　宝塚市立病院医事未収金回収業務委託事業者選考会申込書

宝塚市病院事業管理者　宛

　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　宝塚市立病院医事業務未収金回収業務委託選考会に参加申し込みします。

 なお、参加資格を満たしていることを誓います。

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属　　　　　　　　　　　 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |