（様式第３号）

現地見学会参加申込書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人大阪 理事長　様

住　所　又　は
事 務 所 所 在 地
商 号 又 は 名 称
代 表 者 職 氏 名

「大阪公立大学医学部附属病院入院用品提供事業　事業者募集要項」に基づき、次のとおり現地見学会への参加を申し込みます。

担当者連絡先	氏名	
	所属部署	
	電話番号	
	ＦＡＸ番号 又はﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
参加人数	人	