

(様式第2号)

令和 年 月 日

亀山市病院事業管理者
地域医療統括官 上 田 寿 男 様

住 所
商号又は名称
代 表 者 名



企 画 提 案 書

下記選定事業について、提案書を提出します。
なお、記載内容は事実と相違ありません。

1. 件 名

亀山市立医療センター入院用品サポート事業

(連絡担当者)

担 当 部 署
職 ・ 氏 名
郵便番号
住 所
電 話 番 号
F A X 番 号
電 子 メ ー ル