様式１

神奈川県立汐見台病院の移譲に係る

現地説明会参加申込書

平成　年　月　日

　神奈川県知事　殿

申込者　　所在地

名　称

代表者

　「神奈川県立汐見台病院移譲先募集要項」に基づき、現地説明会への参加を、以下のとおり申し込みます。

【現地見学参加者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属名 | 役職名 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【担当者】

　　所属・役職・氏名

　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　E-mail

※１　参加者は１事業者につき５名以内とさせていただきます。

※２　お車でのご来場はご遠慮ください。

※３　日時等については、こちらで調整のうえ別途お知らせします。

申込期限：平成27年５月１日（金）午後５時15分（必着）