様式３

神奈川県立汐見台病院の移譲に係る

応募申込書

平成　年　月　日

　神奈川県知事　殿

応募者　　所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　神奈川県立汐見台病院移譲先の公募について、「神奈川県立汐見台病院移譲先募集要項」に基づき、必要書類を添えて応募します。

|  |
| --- |
| 連　　　絡　　　先 |
| 担当部署名 |  |
| 担当者（職・氏名） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |