現地見学会参加申込書

令和　　年　　月　　日

（あて先）稲沢市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

担 当 者 名

令和５年６月１４日付けで公告された「稲沢市民病院医療事務業務事業者公募」について、現地見学会に参加申し込みします。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者 | 氏名  連絡先 |

※　現地での従事者への質問、撮影、録音等は禁止します。

※　診療時間内の為、外側から現地を確認する程度となります。見学者は患者や診療等に支障とならないよう注意すること。