（様式４）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　年　月　日

公立大学法人横浜市立大学

理事長　二見　良之

　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

提　案　書

次の件について、提案書を提出します。

件名：公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター医事業務委託

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅｍａｉｌ