

令和 年 月 日

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

申 込 書

募 集 名 称		横浜市立大学附属市民総合医療センター PET-CT、MRI 検査等に係る予約等の対応スペースの貸出		
申 込 者	所 在 地	〒 -		
	医 療 機 関 名 称			
	代表者職名・氏名			
	担当者	部 署 名		
		氏 名		
	連絡先	TEL/FAX	TEL	/ FAX
		Eメール		
ホームページ URL				
借用スペースにて 実施予定の業務内容		※想定している業務内容について、ご記載ください。 . .br/>.br/>.br>.		