【様式１】

令和　　年　　月　　日

（あて先）

社会福祉法人済生会支部

埼玉県済生会鴻巣病院

院長　關　紳一　　様

申請者 主たる事務所の所在地

法人の名称

代表者の氏名 ㊞

申込書

埼玉県済生会鴻巣病院が行う下記、選定プロポーザルに申し込み致します。

記

案　　件 埼玉県済生会鴻巣病院　院内ICカードキャッシュレスシステム選定プロポーザル

以上