【様式３-１】

令和　　年　　月　　日

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

**応 募 資 格 確 認 申 請 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称  所在地  代表者又は代理人 |  |
| 担当者  担当者所属  電話番号  E-mail |  |

【確認書類】

　・応募資格確認一覧表

　・応募資格を証する書類

以上