（別紙１）

見積り合わせ参加申込書

名寄市病院事業管理者

（商号又は名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

名寄市病院事業告示第10号にかかる診療材料の見積り合わせに参加したいので、申し込みします。

（担当者連絡先）

※代表者印は契約書に使用する印を押印してください。