**業務見学会参加申込書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

仙台市病院事業管理者　奥　田　光　崇

所在地

商号又は名称

代表者氏名

「仙台市立病院物品管理・搬送等業務委託」に係る業務見学会に，下記の者を参加させたいので

申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 所属・役職 |  |
| 担当者名 |  |
| ２ | 所属・役職 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先住所 | |  |
| 連絡先電話番号 | |  |
| 見学会希望日 | | 第1希望日：令和　　年　　月　　日　　　午前　・　午後  第2希望日：令和　　年　　月　　日　　　午前　・　午後 |

※　業務見学会の参加人数は２名以内とする。

※　見学会希望日を記入するとともに午前または午後に○を付けること。

　　見学会タイムスケジュール（予定）

午前：9時15分から11時30分、午後：13時15分から15時30分

※　業務見学会の開催日程は，後日，連絡する。

※　様式２　事業実績調書を添付すること。