

別紙 1

札幌医科大学附属病院売店・患者アメニティサービスに関する現地見学会・説明会参加申込書

札幌医科大学附属病院売店・患者アメニティサービスに関するサウンディングの現地見学会・説明会への参加を申し込みます。

申 込 区 分	単 独 ・ グループ	
代 表 企 業	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
構 成 企 業	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
参 加 者 代 表	企 業 名	
	所 属 ・ 職	
	氏 名	
	連 絡 先 電 話	
	電 子 メール ア ド レ ス	

【参加者名簿（参加者代表除く）】 ※参加予定人数（ ）人

企 業 名	所 属 ・ 職	氏 名

※不足する場合は任意様式を添付してください。【提出先】 札幌医科大学附属病院 病院課
メールアドレス:byoinkanri@sapmed.ac.jp

※提出締切：令和8年10月15日（木） 厳守