

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参加申込書

札幌医科大学附属病院が実施する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について、実施要領及び秘密保持契約書の内容を確認し、遵守することを確約の上、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	
代表企業連絡先	所 属 ・ 職	
	氏 名	
	連 絡 先 電 話	
	電子メールアドレス	
提 案 予 定 区 分	☐ 売店事業 ☐ 患者アメニティサービス事業 ☐ 売店+患者アメニティサービス事業 ☐ その他（ ）	

※ グループでの参加の場合は、全ての構成企業を記載してください。

記載欄が不足する場合は、別紙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11月6日（金）厳守