（様式１）

令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

高千穂町国民健康保険病院

院長　久米修一　様

「高千穂町国民健康保険病院における売店運営事業者募集要項」について確認し承知の上、運営事業者の公募に参加したいので申し込みます。

（応募者）

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

（共同応募者）

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先