令和　　年　　 月　　 日

募集要項等に関する説明会申込書

「県立病院跡地利活用事業」の募集要項等に関する説明会への参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 参加者氏名 |  |
|  |
|  |
|  |

※定員は4名とし、本事業への参加を予定する者に限ります。

※詳細の日程は後日、下記の連絡先に電子メールにて連絡いたします。

※会津若松市への申込後、必ず会津若松市に対して電話により受信確認を行ってください。

※当日は、必要に応じて募集要項等を持参してください（当日の配布はありません）。

　　　　　　　　　　　　　　（担当者連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署：

　　　　　　　　　　　　　　　　役職名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail　：