別紙様式１

参 加 表 明 書

平成　　年　　月　　日

国立大学法人熊本大学　殿

参加申込者　住所又は所在地

　　　　　　〒

社　　名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者　所属部署

　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　E-mail

熊本大学医学部附属病院入院患者療養設備設置・運営事業の公募に参加表明します。