

様式 4

令和 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 宛て

住所又は所在地
商号又は名称
代表者職氏名 印

企 画 提 案 書

次の件について、企画提案書を提出します。

件名： 浜松医療センター清掃業務

連絡担当者
所属
氏名
電話
F A X
E-mail