**高知医療センター統合情報システム更新に関するコンサルティング業務委託プロポーザル**

**説　明　会　参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

高知県・高知市病院企業団

企業長　村岡　晃　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者職/氏名 |  ㊞ |

高知医療センター統合情報システム更新に関するコンサルティング業務委託プロポーザル説明会に参加します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏　名 | 連絡担当者（○をつけてください） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【連絡担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

（注意事項）

1．説明会への参加申込がない場合は、説明会は実施いたしません。

2．FAX及び電子メールにより送信していただいた場合、必ず電話にて到達を確認してください。

3．当日の飛び込みによる参加については、受け付けません。期限厳守にて参加申込願います。

申込期限：令和６年３月４日（月）午後５時（必着）

ＦＡＸ ０８８－８３７－３６６９（高知医療センター 医療情報センター 濵田 宛）