（様式５）

　　　　　年　　月　　日

神奈川リハビリテーション病院

病院長　杉山　肇

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

提　案　書

　次の件について、提案書を提出します。

　件名：神奈川リハビリテーション病院医事等業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E-mail