（様式4）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

提　案　書

次の件について、提案書を提出します。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における検体検査業務委託

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail