様式８

年 月 日

東　御　市　長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

ヒアリング出席者報告書

このことについて、次のとおり提出します。

件名：東御市民病院等医事業務委託

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属及び役職等 | 氏名 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　出席者数の上限は、プロポーザル方式実施説明書に基づく。