

様式①

## 参加申込書

年 月 日

学校法人獨協学園 獨協医科大学 埼玉医療センター御中

参加（代表）者

所在地

法人名

代表者名

2020年7月30日付けで公告のあった「学校法人獨協学園 獨協医科大学埼玉医療センター 保険調剤薬局開設事業」に応募いたしたく、募集要項3ページ6.応募資格(1)から(7)の条件を全て満たす企業として、添付書類を添えて申請しますので、参加資格の確認をお願いいたします。

事務連絡担当者

会社名

住所

氏名

電話番号

携帯

メール