（様式４）

希望する施設名　延岡市立島浦診療所

**申 請 団 体 の 概 要**

（　　　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | |
| 申請団体名 |  | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 設立年月日 |  | | | | | |
| 資本金 | 千円 | | 売上高 | | 千円(　年　月末) | |
| 従業員数 |  | | | | | |
| 沿　　革 |  | | | | | |
| 業務内容 |  | | | | | |
| 施設管理  業務実績 | 年度 | 業務名(施設名称等) | | 業務内容(概要・発注者等) | | 受注額 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 連絡担当者 | 【氏　名】  【ＴＥＬ】  【Ｅmail】 | | | 【所　属】  【ＦＡＸ】 | | |