（様式５）

令和　 年　 月 　日

　舞鶴市長　鴨 田　秋 津　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　㊞

企　画　提　案　書

舞鶴市医療機能最適化検討業務について、企画提案書を提出します。

記

１　業 務 名　　舞鶴市医療機能最適化検討業務

【担当者連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　E-mail