

令和 年 月 日

在宅人工呼吸器使用患者支援事業委託契約申請書

兵庫県健康福祉部感染症等対策室
疾 病 対 策 課 長 様

《事業所所在地》

《事業所》

《事業者代表者》

《連絡先》 (電話番号)

(FAX)

(電子メール)

在宅人工呼吸器使用患者支援事業の委託契約について、関係書類を添付の上、委託契約の締結を申請します。

記

《添付書類》 事業概要・事業者指定書写

《押印済契約書送付先》

〒

(所 属 ・ 担 当 者)

TEL.

FAX.

E-mail.