【様式２】

令和　　年　　月　　日

宇和島市病院事業管理者　様

所在地：

商号又は名称：

代表者氏名：　　　　　　　　　　印

提案書

下記の件について、提案書を提出します。

記

業務名称　　：　　臨床研究審査委員会業務

【担当者連絡先】

　所属：

　氏 名：

　電話番号：

　FAX番号：

　E-mail：