

(様式 1)

送付先 : byouinkikakuka@pref. hyogo. lg. jp

新たな重粒子線治療施設の設置・運営に関するサウンディング型市場調査
「参加申込書」

| | | | | | | |
|--|---------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 法人名 | | | | | | |
| (グループの場合) 構成法人名 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| 担当者 | 氏名 | | | | | |
| | 所属部署 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | |
| 令和 8 年 3 月 3 日 (火) から 3 月 19 日 (木) のうち、対話を希望する日を記入してください。 (※ 「午前」は 10 時～12 時、「午後」は 13 時～17 時を指します。) | | | | | | |
| 調査 希望 日時 | 第 1 希望 | 月 日 () | <input type="checkbox"/> 午前 | <input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> どちらも可 | <input type="checkbox"/> リモートを希望 |
| | 第 2 希望 | 月 日 () | <input type="checkbox"/> 午前 | <input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> どちらも可 | <input type="checkbox"/> リモートを希望 |
| | 第 3 希望 | 月 日 () | <input type="checkbox"/> 午前 | <input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> どちらも可 | <input type="checkbox"/> リモートを希望 |
| 参加予定者氏名 | | 所属法人名、部署、役職 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※申込期限 令和 8 年 2 月 20 日 (金)

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 問い合わせ先 | 兵庫県病院局企画課企画調整班 TEL:078-362-3299 (直通) |
|--------|--------------------------------------|