

(様式 1)

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

兵庫県立粒子線医療センターの建物及び土地の活用に関する
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)
--------	--------------------------------------