

サウンディング参加申込書

札幌医科大学附属病院が実施する高難易度臨床検査センターに係るサウンディングへの参加を申し込みます。

申 込 区 分	単 独 ・ グループ	
代 表 企 業	企 業 名	
	所 在 地	
	代表者氏名	
構 成 企 業	企 業 名	
	所 在 地	
	代表者氏名	
	企 業 名	
	所 在 地	
	代表者氏名	
	企 業 名	
	所 在 地	
	代表者氏名	
代表企業連絡先	所 属 ・ 職	
	氏 名	
	連絡先電話	
	連絡先mail	

※ グループでの参加の場合は、構成企業を全て記載してください。
なお、記載欄が不足する場合は、適宜追加してください。

【提出先】 札幌医科大学附属病院病院課 主査（感染症）
メールアドレス：hayashi.y@sapmed.ac.jp

※ 提出締切：令和 7 年 7 月 2 5 日（金）厳守