

(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)
--------	--------------------------------------