

(別添5様式5)

営 業 拠 点 申 告 書

令和 年 月 日

愛媛県立新居浜病院長 様

(申込者)

住 所

商 号 又

は 名 称

代 表 者 職 氏 名

㊞

次のとおり申告いたします。

- 1 法人設立年月日・資本金
- 2 本社所在地・代表者職氏名
- 3 主な業務及び取扱商品
- 4 支店・営業所数
- 5 従業員数（常勤・非常勤ごとに）
- 6 県立新居浜病院への対応を行う営業拠点
 - ①所在地
 - ②代表者職氏名
 - ③従業員数（常勤・非常勤ごとに。他の病院の業務に携わっているものはその旨記載すること）
 - ④県立新居浜病院までの所要時間