

様式6

## サンプルデータ提供依頼書

令和 年 月 日

鹿児島市病院事業管理者  
鹿児島市立病院長 坪内 博仁 様

(申込者)

所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名

担当者 氏名  
電話  
FAX  
E-mail

鹿児島市立病院医事業務委託事業者選定に係る企画提案競技に使用するため、  
サンプルデータの提供を依頼します。