　　令和７年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

横浜市立市民病院「椅子型自動運転サービス」協賛申込書

横浜市立市民病院の「椅子型自動運転サービス」に賛同し、下記のとおり協賛を申し込みます。

申込事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 企業、団体名 |  |
| 代表者  （役職・氏名） |  |
| 主たる事業内容 |  |

申込内容

|  |  |
| --- | --- |
| 協賛クラス | 申し込むクラスを１つ選択してください  □ゴールド協賛（協賛金50万円）　募集枠：２枠  　※令和６年度のプラチナもしくはゴールド協賛企業様を優先とし、かつ申し込み多数の場合は、  抽選とさせていただきます。  □シルバー協賛（協賛金5万円）　募集枠：上限なし |
| ※ゴールド協賛に申込みの場合は、併せて、いずれかを選択してください  ゴールド協賛への申込みで選考に外れた場合は、  □シルバー協賛への振替申込みを希望する  □シルバー協賛への振替申込みを希望しない |

ご担当者

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者名 |  |
| 所在地  ※申込事業者欄の「所在地」と異なる場合は記入 |  |
| 所属部署等 |  |
| 電話 |  |
| Eメール |  |