

(譲渡依頼書)

令和 年 月 日

赤穂市病院事業管理者 宛

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

市有地（赤穂市民病院有地）の譲渡について

下記の市有地（赤穂市民病院有地）を譲渡くださるよう依頼します。

記

1. 譲渡希望地

所在地

地 目

地 積

2. 譲渡希望理由（土地購入後の用途）

3. その他