

参加申込書

令和 年 月 日

佐川町病院事業管理者 様

所在地 _____

事業者名 _____

代表者名 _____ 印

給食業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、プロポーザルに参加を申し込みます。

また、募集要領で定められた資格要件を全て満たすことを誓約します。

《連絡先》

担当者名 _____

電話番号 _____

F A X _____

電子メール _____