

募集要領 様式5

給食業務委託公募型プロポーザル  
説明会及び調理施設見学参加申込書

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説明会に参加します。

調理施設見学は（ 1. 参加します。 2. 欠席します。 ） <該当に○印を記入してください。>

当日の参加者名等をご記入ください。

役職名	氏名	備考

※説明会及び調理施設見学への参加は1事業者あたり2名までとします。

《連絡先》

担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_  
電子メール \_\_\_\_\_