**高知医療センター患者等給食業務委託プロポーザル説明会参加申込書**

令和６年　　月　　日

高知県・高知市病院企業団

企業長　村岡　晃　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者職/氏名 |  ㊞ |

高知医療センター患者等給食業務委託プロポーザル説明会に参加します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏　名 | 連絡担当者（○をつけてください） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【連絡担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

（注意事項）

1．プロポーザルの説明会の参加申込のない場合は、説明会は実施いたしません。

2．参加申込の有無を確実に把握する必要があることから、FAX送信していただいた後に必ず電話にて送信した旨のお知らせをいただきますようお願いいたします。

3．当日の飛び込みによる参加については、受け付けません。必ず期限厳守にて参加申込願います。

申込期限：令和６年８月15日（木）15時（必着）

ＦＡＸ（高知医療センター事務局）担当：山崎・須賀　０８８－８３７－６７６６