別紙様式－３

参加申込書

令和　　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

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知医療センター患者等給食業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、高知医療センター患者等給食業務委託に関する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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail