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

（代表事業者）

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（構成事業者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（構成事業者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知医療センター売店、職員食堂及びレストラン運営事業プロポーザル募集要領に基づき、高知医療センター売店、職員食堂及びレストラン運営事業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