

(別紙様式1)

北杜市立病院及び介護老人保健施設給食業務委託  
プロポーザル参加申込書

令和 年 月 日

北杜市長 上村 英司 様

(提出者)

住所

会社名

代表者名

印

当社は、「北杜市立病院及び介護老人保健施設給食業務委託プロポーザル実施要領」に基づき、プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、参加条件を満たしていること及び本書並びに添付書類の記載内容に、事実と相違ないことを誓約します。

【連絡先】

所 属

氏 名

電話番号

FAX 番号

E-mail

※提出期限：令和5年9月14日（木）午後5時15分必着

※郵送またはFAXで提出してください。

（FAXの場合は、送信後、受信されているか必ず電話で確認してください。

また、後日、原本を郵送してください。）

送付先 〒408-0188

山梨県北杜市須玉町大豆生田961-1

北杜市役所 福祉保健部 健康増進課 市立病院担当（宛）

電話0551-42-1335 FAX0551-42-1123