

(様式第5号)

現地見学申込書

令和 年 月 日

公立朝来医療センター
病院長 木山 佳明 様

住 所
商号又は名称
代表者名

代表者印

公立朝来医療センター患者給食業務委託事業者募集要項に基づく公募型プロポーザル現地見学に参加を申し込みます。

参加事業者名	
参加者名	所属
	役職・氏名
	所属
	役職・氏名
現地見学で確認したい事項	

※見学は、1参加者当たり2名以内とします。