

(様式第1号)

参加申込書

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に参加したいので、関係書類を添えて提出します。

<連絡先>
所 属
氏 名
電 話
ファクシミリ
メールアドレス