

様式 1 参加申込書

2024年 月 日

地方独立行政法人 加古川市民病院機構
理事長 大西 祥男 様

住 所
商号又は名称
代 表 者
電話番号

印

参 加 申 込 書

加古川中央市民病院患者給食調理及び調乳業務委託業者募集要項に基づくプロポーザルに
仕様書の要件を満たしており参加したいので、参加申込書を提出します。