様式第1号

あかびら市立病院食堂運営事業者選定に係る参加表明書

令和　　年　　月　　日

（あて先）あかびら市立病院長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　 　印

あかびら市立病院食堂運営事業者選定に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、参加の希望を表明します。

なお、「あかびら市立病院食堂運営事業者選定に係る公募型プロポーザル実施要領」の応募資格の要件を満たしていること及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

連絡先　　住　所

名　称

電　話　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

Ｅ-mail　　　　　　　　　　　　　　　担当者