（様式１号）

**参　加　表　明　書**

令和　　年　　月　　日

泉大津市病院事業管理者　石河　修　様

所在地

商号又は名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　「泉大津市立周産期小児医療センター患者給食業務」に係る事業者選定について、「泉大津市立周産期小児医療センター患者給食業務プロポーザル実施要領」の内容を承諾のうえ、参加することを表明します。

また、実施要領「４．応募（参加）資格」を満たしていることをここに誓約します。

記

件名：泉大津市立周産期小児医療センター患者給食業務

添付書類

1. 会社概要書（様式２号）
2. 業務実績書（様式３号）

（担当者連絡先）

所　属

氏　名

電話番号

FAX番号

E-mail