|  |
| --- |
| ※受付番号 |

様式１

西暦　　年　　月　　日

社会医療法人仁愛会

理事長　銘　苅　晋

（提出者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

参　加　表　明　書

社会医療法人仁愛会浦添総合病院における患者給食及び保育園児給食ならびに在宅総合センターにおける利用者給食調理業務委託公募に参加資格の確認に係る書類を添えて参加を表明します。

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |