様式―５

高知県立幡多けんみん病院給食業務委託公募型プロポーザル

説明会参加申込書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

高知県立幡多けんみん病院長　矢部　　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県立幡多けんみん病院給食業務委託公募型プロポーザル説明会に参加します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役　職　名 | 氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※説明会への参加は１事業者あたり２名までとします。

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

E-mail