

様式第 1 号

地方独立行政法人府中市病院機構府中北市民病院における
給食業務委託公募型プロポーザル参加希望書

令和 4 年 月 日

地方独立行政法人府中市病院機構
府中北市民病院 院長 中井訓治 様

所 在 地 _____
商号又は名称 _____
代 表 者 名 _____ 印

地方独立行政法人府中市病院機構府中北市民病院における給食業務委託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、参加資格を満たしていること及び下記の添付資料の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

[連絡先] 所在地 _____
名 称 _____
電 話 _____
F A X _____
Email _____
担当者 _____

提出書類

- ①会社概要（パンフレット等任意様式）
- ②商業登記簿謄本（写し可）・登記事項証明書（履歴事項全部証明書、申請日前 3 か月以内のもの）
- ③患者給食業務に関する医療関連サービスマークの写し又は医療法第 15 条の 3 第 2 項に規定する厚生労働省令で定める基準に適合することを証する書類