

様式第1号

令和 年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人市立秋田総合病院
理事長 伊藤 誠 司

参加者名

印

市立秋田総合病院給食業務委託に関する
公募型プロポーザル参加意思表明書（誓約書）

私は、市立秋田総合病院給食業務委託に関する公募型プロポーザル実施要領で定める参加者資格の全ての要件を満たしていることを誓約し、参加表明書を提出します。

名称および代表者	フリガナ	
連絡責任者	フリガナ	所属・役職
	氏名	
住所又は所在地	〒	
電話番号	TEL	
ファクシミリ番号	FAX	
電子メールアドレス		

令和 年 月 日

参加者名

印

市立秋田総合病院給食業務委託に関する
公募型プロポーザル質疑書

質問内容	
担当者氏名	
連絡先電話番号	
メールアドレス	