様式第２号（第７条関係）

令和●年●月●日

西宮市病院事業管理者　様

参　加　申　込　書

所 在 地　　●●●●●

事業者名　　●●●●●

代表者名　　●●●●●

　プロポーザル方式による提案者の募集について、必要書類を添えて参加を希望します。なお、本書及び必要書類の記載事項は事実と相違ありません。

１　対象業務

　西宮市立中央病院給食業務

２　西宮市立中央病院での競争入札参加資格

　有　：　西宮市競争入札参加資格審査申請時に提出した資料を、本プロポーザル方式による提案者の選定等に利用することに同意します

　無

３　その他　（※参加にあたり特筆すべきことがあれば記入してください）

　●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

４　連絡先

西宮市立中央病院　医療技術部

担当：栄養管理科　工藤

電話：0798-64-1515（代表）　内線461

　電子メール：h\_soumu@nishi.or.jp