**参　加　申　込　書**

平成　　年　　月　　日

伊勢市病院事業管理者　様

所在地

商号または名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

市立伊勢総合病院　新病院患者利便施設運営事業（売店、レストラン・職員食堂等、自動販売機）に係るプロポーザルに参加を希望しますので、参加資格を確認されたく、次の書類を添えて申請します。

なお、実施要項に示された参加要件を満たしていること、および添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

（添付書類）

１．企業概要、事業実績書【様式２】

【本提案に係る担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属　部　署 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| Ｆ　　Ａ　　Ｘ |  |
| 電 子 メ ー ル |  |

※書類・質疑回答等の送付先となります。