（様式３）

プロポーザル参加申込書

　　年　　月　　日

地方独立行政法人大牟田市立病院

理事長　　鳥村　拓司　　　様

「地方独立行政法人大牟田市立病院患者給食業務委託事業者選定」に参加します。

なお、選定結果および選定経過について異議申し立てはしません。

【応募事業者】

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 | ㊞　 |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 連絡担当者電話番号 |  |
| 連絡担当者FAX番号 |  |
| 担当者電子メールアドレス |  |

申込期限：2019年5月10日（金）午後5時（必着）

提出先：大牟田市立病院総務課庶務担当

ＦＡＸ：０９４４－５２－４６５３

メール：somu@ghp.omuta.fukuoka.jp

提出期限：2024年7月19日（金）　午後5時（必着）

提出先：大牟田市立病院　総務課庶務担当