様式第１号

兵庫県立尼崎総合医療センター

売店等運営事業者の選定に係る公募型プロポーザル参加申込書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県立尼崎総合医療センター　院長　平家　俊男　様

　　　　　　参加申込者　所在地（住所地）

　　　　　　　　　　　　商　号（屋号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

作成責任者　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

は、兵庫県立尼崎総合医療センター内の指定場所における売店等運営事業者の選定に係る公募型プロポーザルに参加します。

　また、本書の提出に当たり、本書及び別紙会社概要の内容については事実と相違ないことを誓約します。

なお、売店等の運営に必要な許認可等については、別紙写しのとおり既に取得済みであることを表明します。