様式第２号

参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立精神医療センター病院長　長尾眞理子

商号又は名称

　下記業務に係るプロポーザルに参加したいので、必要な資料等を添えて参加資格の確認を申請します。

　なお、説明書の「２　参加資格要件」に掲げられた条件をすべて満たしていること及び記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　対象業務

　(1) 委託業務名 　埼玉県立精神医療センター患者給食業務

　(2) 履行場所 　埼玉県北足立郡伊奈町大字小室８１８番地２

　埼玉県立精神医療センター

　(3) 履行期間 　令和４年１０月１日から令和７年９月３０日まで

２　公示日 　令和４年４月２６日

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

e-mail