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

埼玉県立小児医療センター病院長　岡　明

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) 業務名　　　埼玉県立小児医療センター患者給食業務

(2) 履行場所　　埼玉県さいたま市中央区新都心1番地２

(3) 履行期間 令和７年１０月１日から令和１０年９月３０日まで

２　公示日　　　 令和７年２月１４日

３　業務説明会（参加必須）

　　令和７年２月２６日（水）に開催される業務説明会に申し込みます。

　参加予定者氏名（１社３名まで）

　① 　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　③

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

e-mail