様式１

令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

　　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　長崎県精神医療センター給食業務委託に係るプロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、長崎県精神医療センター給食業務委託に係る公募型プロポーザル募集要領８（参加資格）に掲げる条件を全て満たしていることを誓約します。

　　また、今回の参加にかかる連絡等の担当者は下記のとおりです。

記

　　　　　１　所属部署名

　　　　　２　担当者職氏名

　　　　　３　電話番号

　　　　　４　FAX番号

　　　　　５　Ｅ-mail

　　（注）複数名の記載でも可。

様式２

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　所属部署名

　　　　　　　　　　　　　　　担当者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail

　長崎県精神医療センター給食業務について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問内容 |
|  |  |