令和　　年　　月　　日

（宛先）　茅ヶ崎市病院事業管理者

所在地

名称

代表者名　　　　　　　　　　　　印

参　加　表　明　書

茅ヶ崎市立病院給食調理業務委託に基づく選定に参加いたします。

（担　当　者）

部署：

氏名：

住所：

電話：

電子メール：

（注）この参加表明書は、令和６年９月３日（火）１７時までに提出してください。