様式第１号

令和５年　　月　　日

阿伎留病院企業団

企業長　根東　義明　様

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　公立阿伎留医療センター給食業務委託業者選定に係る公募型プロポーザル参加表明書（誓約書）

私は、公立阿伎留医療センター給食業務委託に関する公募型プロポーザル実施要領及び下記の事項を遵守し、参加の意思を表明します。

また、参加に当たり、実施要領に規定する参加資格を満たすことを申し添えます。

なお、参加後、参加者資格を有しないことが判明した時及び参加者資格を有しなくなった時は、

速やかに貴職宛に申し出るとともに、受託事業者としての不選定や取消し等の処分を受けること

があっても、異議申立てをしないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 　名称及び代表者名 | フリガナ |
|  |
| 　連絡責任者氏名 | フリガナ | 部署 |  |
|  |
| 役職 |  |
| 　住所又は所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |
| ＦＡＸ番号 |
| 　電子メールアドレス |  |