様式１

参　加　表　明　書

業　務　名　　岩手県立高田病院給食業務委託

標記業務について、プロポーザルに参加したいので申し出ます。

令和　　年　　月　　日

岩手県立大船渡病院長　渕向　透　様

（提出者）住所

電話番号

会社名

代表者名

〔添付書類〕

・事業所の職員の状況（様式２）

・事業所の主要業務及び類似業務の実績（様式３）

　※該当する受注に係る契約書(写)１件分

・委託業務の実施体制図（概要）（様式４）

・会社案内・概要書（任意様式）

・医療関連サービスマーク認定証（写）

・別紙　誓約書

・決算書等（任意様式）

　※　財務諸表：直近決算の貸借対照表、損益計算書

参加表明書は**令和３年８月26日（木）14時**が〆切