

様式第1号

公募型プロポーザル参加申込書

令和 年 月 日

兵庫県立加古川医療センター院長 田中 宏和 様

参加申込者	所在地（住所地）	
	商号（屋号）	代表者印
	代表者名	
	作成責任者	
		所属
		氏名
		電話
		ファクシ

（参加申込者）は、兵庫県立加古川医療センター災害用備蓄食料等の確保に係る自動販売機設置運営事業者公募型プロポーザルに参加します。

また、本書の提出に当たり、本書及び別紙会社概要の内容については事実と相違ないことを誓約します。

なお、設置しようとする自動販売機の運営に必要な許認可等については、（別紙写しのとおり既に取得済みであること・事業者として選定後遅滞なく取得すること）を表明します。

会社の概要

(1) 名 称		
(2) 設立年月日		
(3) 本社(店)所在地 (営業所所在地)	※県内に営業所がある場合、()に所在地を記載願います。 ()	
(4) 事業種目		
(5) 災害用備蓄食料等を納入した公用施設(国県、市町村の施設等)・公共用施設(病院・図書館美術館等) ※代表的なものを1カ所記載願います。	施 設 名	
	設 立 主 体	
	所 在 地	
	セ ッ ト 数 (内 訳)	
	設 置 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
	内 容 (主 な 物)	
(6) 上記(5)以外の災害用備蓄食料等納入施設数・台数	・納入数＝ 施設 (主な設置施設：数カ所記載願います) ・上記施設における自動販売機設置基数＝ 台	