

プロポーザル参加資格等確認申請書

昭和薬科大学附属高等学校・中学校
校長 富里 一公 宛

代表者 所在地
事業者名
代表者名 印

担当者 氏 名
所 属
電 話
F A X
E-Mail

プロポーザルについて、下記のとおり参加申込みします。

なお、「昭和薬科大学附属中学校給食調理業務委託事業」に係る公募型プロポーザル募集要領の参加資格要件を全て満たしていること、また、提出書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 件名
「昭和薬科大学附属中学校 給食調理業務委託」

2. 提出書類
プロポーザル参加資格等確認申請書（様式第 1 号）

3. 業務実績（複数の実施がある場合は、主となる 3 施設を記載してください。）

取引先施設名	施設の種別	受託開始年月日	食数等(例:昼 ○食)

4. その他
以下は提案書等の提出期限までに提出します。（自由様式）
・提案書 ・プロポーザル入札見積書