

社会福祉法人虹のかけはし
八尾市立障害者総合福祉センター給食業務委託業者選定
公募型プロポーザル参加申込書

平成 3 1 年 月 日

社会福祉法人 虹のかけはし
理事長 辻田 純三 様

所在地 _____

商号又は名前 _____

代表者 _____ (印)

貴法人が公募されている、八尾市立障害者総合福祉センター給食業務委託業者選定公募型プロポーザルに参加したいので、提案書を添えて申し込みます。

なお、参加資格の全てを満たしていること及び提出書類の内容に相違ないことを誓約します。

連絡先

住所 _____

名称 _____

電話 _____

FAX _____

E-mail _____

担当者 _____