（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

長野県立総合リハビリテーションセンター所長　様

会社名

所在地

役職名

代表者氏名

所　属

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

下記業務の公募型プロポーザル方式に参加を申し込みます。

記

１　対象業務名

長野県立総合リハビリテーションセンター給食業務委託

２　公告日

令和５年11月15日