（様式1）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

質　問　書

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における患者給食業務委託

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

回答の送付先

担当部署：

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

E-mail :

参加表明書を提出する意向のある者で質問がない場合は、質問書に「質問なし」と記載してください。

（様式2）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

参　加　表　明　書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における患者給食業務委託

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail

（様式3）

令和　　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　様

北見赤十字病院

院長　荒川穣二

参加資格確認結果通知書

次の件について、参加資格確認結果を通知します。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における患者給食業務委託

資格を有することを認めます。

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail

（様式4）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

提　案　書

次の件について、提案書を提出します。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における患者給食業務委託

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail

（様式5）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

見　積　書

次の件について、見積書を提出します。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における患者給食業務委託

【管理費】

|  |  |
| --- | --- |
| 一ヶ月あたりの管理費 | 円 |

【食材料費】

|  |  |
| --- | --- |
| 一ヶ月あたりの食材料費 | 円 |

【合計金額】

|  |  |
| --- | --- |
| 一ヶ月あたりの合計金額 | 円 |

　※積算内訳は別添の通り

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail