

担 当 者 届

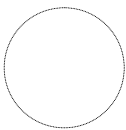
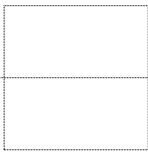
年 月 日

福山市病院事業管理者 様

主たる事務所の所在地

申請者 商 号 又 は 名 称

代 表 者



(角印等を使用する場合は押印のこと) 実印

私は、次の者を担当者として定め、福山市との間における連絡窓口とします。

件 名 福山市民病院患者給食業務委託

事務所の所在地	〒
商 号 又 は 名 称	
所 属 ・ 職 名	
名 前	印
連絡先電話番号	(勤務先) (緊急連絡先)
F A X	
E メ ー ル	

※本入札に係る担当者として1名を選任し、質疑等の窓口を一本化してください。