|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 抽選となった場合に備えて３桁以内の任意の数字を記入（①・②） | | | |
| ① |  |  |  |
| （同数の場合の予備）② |  |  |  |
| ※記入がない場合は「000」とみなす | | | |

□共同申請

令和　　年　　月　　日

市立長浜病院長　　あて

住　　所

店舗名

代表者名

（担当者名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**市立長浜病院弁当等販売申請書**

　市立長浜病院内における弁当等の販売について、本件事業にかかる募集要項及び仕様書の内容を承知のうえ、以下のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業開始年月日 | 本申請による許可を受けた日 |
| 販売する弁当類  （概要） |  |
| 販売責任者 |  |
| 電話番号 | ※必ず連絡がつく番号を記入してください。 |
| メールアドレス | ※当院から連絡を行う際に使用します。 |
| 販売希望日 | 販売を希望する週を選択し、□に✔を入れてください。（同一曜日内であれば複数選択は可能です。）   |  | | --- | | 木曜日※１ | | □第１週 | | □第２週 | | □第３週 | | □第４週 | | □第５週※２ |   ※１　販売可能日は、祝日や当院事情などにより、月により変わります。（前月の20日前後には判明する予定です。）  ※２　月によって第５週がない日（曜日）があります。 |
| 備　　　　　考 |  |

①この申請書に添え、販売メニュー申請書を提出してください。

②共同申請の場合は、左肩□に✔し、この申請書に添え共同申請者名簿を提出してください。