

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）

☐ 共同申請

①
(同数の場合の予備) ②

※記入がない場合は「000」とみなす

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

印

)

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。 <table><tr><td>木曜日※1</td></tr><tr><td>□第1週</td></tr><tr><td>□第2週</td></tr><tr><td>□第3週</td></tr><tr><td>□第4週</td></tr><tr><td>□第5週※2</td></tr></table> ※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。	木曜日※1	□第1週	□第2週	□第3週	□第4週	□第5週※2
木曜日※1							
□第1週							
□第2週							
□第3週							
□第4週							
□第5週※2							
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。