

☐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。)		
	火曜日※1	木曜日※1	金曜日※1
	□第1週	□第1週	
	□第2週	□第2週	□第2週
	□第3週	□第3週	□第3週
	□第4週	□第4週	
	□第5週※2	□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。