

応 募 申 込 書

令和 年 月 日

千葉県立佐原病院長 露口 利夫 様
住所又は所在地 〒

氏名又は商号名称
及び代表者名
(担当者)
所属部署
氏 名
電 話

印

千葉県立佐原病院飲料用自動販売機設置事業者募集について、募集要項の各条項を承知の上、次のとおり申し込みます。

1 応募物件

設置を希望する場所の申込み欄に○を記入してください。

物件番号	地域要件	設置場所	台 数	申込み
1	地域要件①型	新館3階～4階	2台	

※地域要件① 千葉県内に本店又は支店・営業所がある事業者が応募できるもの。

2 県内事業所等の所在地及び氏名又は商号名称

所 在 地

氏名又は
商号名称

3 添付書類

- (1) 販売品目一覧表（別記様式第3号）
- (2) 設置する自動販売機のカatalog（設置条件のわかるもの）
- (3) 定款、寄付行為、規約又はこれらに類する書類（法人のみ）
- (4) 許認可書等の写し（該当する場合のみ）
- (5) 千葉県税（規則第四十号様式（その2））、消費税及び地方消費税（その3）の各納税証明書
- (6) 印鑑証明書
- (7) 誓約書（別記様式第4号）

4 その他

応募者が使用する印鑑は、印鑑証明書に登録された印鑑としてください。