別記様式第１号

応　募　申　込　書

令和　　年　　月　　日

千葉県循環器病センター病院長　中村　精岳　様

住所又は所在地　　〒

氏名又は商号名称

及び代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者）

所属部署

氏　　名

電　　話

メ ー ル

Ｆ Ａ Ｘ

千葉県循環器病センター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、下記のとおり申し込みます。

記

**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 | 募 集 類 型 | 設　置　場　所 | 台　数 | 申込み |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 地域要件①型 | 2F病棟 | 1 |  |
| 2 | 地域要件①型 | 3F病棟 | 1 |  |

※「地域要件①型」　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）納付金提案書（別記様式第２号）

（２）販売品目一覧表（別記様式第３号）

（３）誓約書（別記様式第４号）

（４）設置する自動販売機のカタログ（設置条件のわかるもの）

（５）定款、寄付行為、規約又はこれらに類する書類（法人のみ）

（６）千葉県税（規則第四十号様式（その２））、法人税及び消費税及び地方消費税（その３）の各納税証明書（発行の日から３か月以内の原本）

（７）印鑑証明書（発行の日から３か月以内の原本）

（８）許認可書等の写し（該当する場合のみ）

**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すること。