

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。