（様式6）

　　 年　 月　 日

芳賀赤十字病院

　院長　　本多　正徳　殿

　　　　　　　　　　　　　　 　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　 名　　称

　　　 代表者名

**現地調査申請書**

　病院給食業務委託業者選定プロポーザル参加のため、下記のとおり、現地調査確認を申請します。

1. **希望日時**

第１希望日時　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：00～

第２希望日時　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：00～

第3希望日時　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：00～

1. **予定人数**　　　　　　　名 （4名まで参加可）
2. **来院予定者**　　（細菌検査結果報告書添付の場合、☑記入のこと）

|  |  |
| --- | --- |
| 1.役職・氏名 |  |
|  | □細菌検査結果報告提出 |
| 2.役職・氏名 |  |
|  | □細菌検査結果報告提出 |
| 3.役職・氏名 |  |
|  | □細菌検査結果報告提出 |
| 4.役職・氏名 |  |
|  | □細菌検査結果報告提出 |

1. **連絡事項**