（様式第３号）

現地見学申込書

令和２年　　月　　日

社会福祉法人　富士吉田市社会福祉事業団　様

所在地

法人名

代表者（職・氏名） 印

社会福祉法人富士吉田市社会福祉事業団　特別養護老人ホーム寿荘給食調理業務委託プロポーザルに係る現地見学を申し込みます。

記

１．参加者（１事業者２名まで）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属（役職） | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |

２．参加条件

　　　腸内細菌検査を受けて異常がない者（参加者全員分の検査結果の写しを添付してください。）

　　　※健康状態把握のため検温等の記録の提出をお願いします。現地見学当日の1週間前からのセルフチェックシート（任意の様式）を提出してください。

３．担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 役職名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |