

応募申込書

<自動販売機>

令和 年 月 日

吹田市長宛

住所(所在地) (〒 -)

氏名

法人名

代表者名

印

(事務担当者)

所属部署

氏名

電話

吹田市立休日急病診療所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。

1 設置希望場所及び提案使用料

物件番号	設置場所	種類	応募価格(提案使用料・年額)								
1	1階正面玄関 風除け室	清涼飲料水							0	0	円

- ※ 1 応募価格は、吹田市が設定する最低使用料以上の金額を記入してください。
2 応募価格は、年額として、百円単位で記入してください。なお、応募価格の金額をもって年額使用料とします。
3 金額はアラビア数字で記入してください。
4 初めの数字の頭に¥を入れてください。

2 添付書類

- (1) 誓約書(吹田市所定様式)
(2) 販売品目(吹田市所定様式)
(3) 法令等の規定により販売について許認可等を要する場合は、許認可等の免許証の写し

3 その他

※設置希望の自動販売機に関して特記事項があれば記載してください。

()