様式1号

年　　月　　日

社会福祉法人陽光福祉会

理事長　千葉　雄成　様

住所

名称

代表者　　　　　　　　　　　印

参加届

社会福祉法人陽光福祉会特別養護老人ホームエコーが丘給食業務委託選定に係るプロポーザルに参加致します。

年　　月　　日

住 所

会社名

代表者職氏名　　　　　 　　　　　印

連絡担当者名

電話番号

FAX

Email

様式2号

委託見積書

年　　月　　日

社会福祉法人陽光福祉会

理事長　千葉　雄成　様

住所

名称

代表者　　　　　　　　　　　印

社会福祉法人陽光福祉会特別養護老人ホームエコーが丘給食委託業者選定に係るプロポーザルについて、企画提案に基づく委託料を下記のとおり見積もります。

□特別養護老人ホームエコーが丘

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 朝食 | 昼食 | おやつ | 夕食 | 合計 |
| 食材費（税別） |  |  |  |  |  |
| 区分 | 月間管理費 | | | | |
| 管理費（税別） |  | | | | |

※管理費には人件費、経費等内訳を添付すること。

プロポーザル実施事項に関する条件を承諾の上、上記の金額をもって見積もり致します。