

整理番号				
------	--	--	--	--

## 制限付一般競争入札参加申請書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人長崎市立病院機構 理事長 様

申請人住所

商号又は名称

氏 名

電 話 番 号

印

物品等又は特定

役務の名称 (件名) 長崎みなとメディカルセンター消火器取替業務委託

上記の案件に係る制限付一般競争入札に参加したいので申請します。

なお、本申請書の記載事項については、事実と相違ないことを誓約いたします。

連絡先 担当者氏名

電話番号

E-mail:

注 申請は、原則として本店の代表者名で行ってください。ただし、競争入札参加申請時  
(登録時)において、支店長等に入札・契約等に関する権限を委任している場合は、  
受任者名で申請してください。