

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

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入院診療費算定業務従事者派遣業務【単価契約】

上記の案件に係る制限付一般競争に参加したいので、下記の書類を添えて申請します。
なお、本申請書及び添付書類のすべて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。

1 入札説明書で示した各種証明書等

連絡先 担当者氏名
電話番号
FAX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。