

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) 医療用薬品(アクラシノン注射用 20mg 20mg×10 瓶 購入予定数量 3
他 1445 品目)の購入

上記の案件に係る制限付一般競争に参加したいので、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。