

(様式一)

入札参加資格確認申請書

2024年 月 日

地方独立行政法人
加古川市民病院機構 理事長 様

住所又は
所在地
商号又は
名称
代表者氏名

印

先に通知のありました下記業務について、総合評価型一般入札に参加したいので、次の書類を添えて申請します。

なお、入札参加資格のすべての要件を満たしていること、並びに本申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

業務名： 加古川中央市民病院 患者給食調理及び調乳業務

加古川市または当法人の入札参加資格者名簿への登載 有 無

添付書類：

・資格等調書（様式二） 有 無

加古川市または当法人の入札参加資格者名簿への登載が無の場合は以下も添付のこと

・商業登記簿謄本及び定款の写し 有 無

・財務諸表類の写し 有 無

・会社概要又は事業概要等 有 無

・暴力団及び暴力団員ではないことに係る誓約書（様式三） 有 無

・契約締結権限を示す委任状（様式四）※必要な場合のみ 有 無

【本件に係る担当者の連絡先】

※書類送付・質問回答等の送付先となります。

会社名	
所在地	
担当部署	
担当者名	
電話番号	
e-mail	