競争参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

南部町国民健康保険　西伯病院

事業管理者　　足立　正久　様

住所

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　㊞（法人印）

代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

（担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話：　　　　　　　FAX：　　　　　　　 ）

（E-mail:　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

（文書送付先住所　　　　　　　　　　　　　）

　※会社住所と異なる場合にご記入ください。

（整理番号：　　　　　　　　）

令和　　年　　月　　日付で公告のありました「（案件名）」に係る一般競争入札に参加を希望します。

つきましては、当社の必要な競争参加資格について確認されたく必要書類を添付し申請します。

以上

* 様式のデータは、西伯病院ホームページ「入札情報」からダウンロードできます。
* 共同企業体を結成する場合においては、共同企業体代表者による提出で結構です。