

(様式1)

参加資格確認申請書

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
人吉医療センター 院長 木村 正美 様

本店住所

商号又は名称

代表者名

⑨

令和5年6月1日 付で企画競争入札公告のあった下記の参加を希望しますので、下記の書類を添えて入札参加資格の確認を申請します。

なお、この契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者でないこと並びに添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 件名 売店の設置・運営事業

2. 添付書類

- ・行政関係機関から送付された競争参加資格審査結果通知書の写し
- ・社会保険料の滞納のないことを証明する書類の写し
- ・その他必要書類