

競争参加資格確認申請書

令和 年 月 日

経理責任者

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 薬師寺 俊剛 殿

住所

商号又は名称

氏名

㊞

下記の調達に係る競争参加資格について確認されたく、書類を添えて申請します。

なお、独立行政法人地域医療機能推進機構契約事務取扱細則第5条及び第6条の規定に該当する者でないこと並びに添付資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

公告日 令和7年7月23日

調達件名 患者給食業務委託契約

添付資料 ① 統一参加資格審査結果通知書の写し
② 営業にあたっての許可又は認可等が義務付けられている者にあつては、その許可証の写し
③ 誓約書
④ 反社会的勢力排除に関する誓約書
⑤ 「障害者就労施設等からの物品等の調達の推進を図るための方針」に係る申告書
⑥ 公表確認書
⑦ 保険料納付に係る申立書
⑧ 談合等の不正行為に関する誓約書
⑨ その他必要書類