様式第2号

参加資格確認申請書

令和　年月日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立小児医療センター　病院長あて

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 | 印 |

下記業務に係るプロポーザルに参加したいので、必要な資料等を添えて参加資格の確認を申請します。

なお、説明書の「2　参加資格要件」に掲げられた条件をすべて満たしていること及び記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 対象業務
2. 業務名 埼玉県立小児医療センター内売店出店事業
3. 業務場所

埼玉県さいたま市中央区新都心1-2

埼玉県立小児医療センター

1. 公示日

令和3年7月13日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【連絡先】 | 担当者所属 |  |
|  | 担当者名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |
|  | e-mail |  |