様式第１号

一般競争入札参加資格確認申請書

　　令和　年　　月　　日

（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

下記調達案件について、必要な資料等を添えて入札参加資格の確認を申請します。

なお、地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程第３条第２項各号に該当しない者であること、当調達案件に係る入札公告に掲げられた資格条件を全て満たしていること、及び提出書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　公告年月日

令和４年２月１７日

２　調達する役務の件名

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険　一式

３　添付書類等

（１）格付けについての証明書類

４　連絡先

（１）担当者所属・氏名

（２）電話番号

（３）メールアドレス