様式第2号

一般競争入札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

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | 印 |

下記業務について、一般競争入札参加資格確認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及び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28日

1. 業務名

埼玉県立小児医療センター外来・面会入館者健康確認業務（R4.4-6月）

1. 連絡先担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・氏名 |  | | |
| 電話番号 | （　　　） | FAX番号 | （　　） |
| メールアドレス |  | | |