様式第２号

一般競争入札参加資格確認申請書

　　　　年　　月　　日

（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　埼玉県立精神医療センター　病院長

住所

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　印

下記調達案件について、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、及び下記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３月７日

２　調達件名

　　　令和４年度検査試薬単価契約（項番２）

３　業種区分等（該当する区分に○を付すること。）

⑴　業　　　種 : 販売　 ・　 印刷

⑵　所在地区分 :　 管轄内 ・ 準管轄内

⑶　企 業 規模 :　 大企業　 ・ 中小企業

　⑷　格 付 け :　 Ａ等級 ・ Ｂ等級 　・Ｃ等級

（注：所在地区分が管轄内とは、県内に本店を有する者をいい、準管轄内企業とは県外に本店を有し、県内に契約の主体となる支店営業所等を有する者をいう。）

４　連絡先

⑴　担当者所属・氏名

⑵　電話番号

⑶　メールアドレス