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

埼玉県立小児医療センター病院長　岡　明

住所

商号又は名称

代表者

下記の案件について、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６月１０日(金)

２　調達件名

　　埼玉県立小児医療センター中央監視業務

３　連絡先

⑴　担当者所属・氏名

⑵　電話番号

⑶　メールアドレス