様式第２号

参加資格確認申請書

　　令和５年　　月　　日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

理事長　岩中　督　宛

　　　　　　　　　　　　　　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５年５月８日（月）

２　調達件名

次期医療情報システム更新計画策定業務委託

３　数量

一式

４　添付書類等

（１）様式第３号「会社概要」及び会社概要パンフレット等

（２）様式第４号「業務受託実績調書」

（３）様式第５号「業務実施体制調書」

５　連絡先

（１）担当者所属・氏名

（２）電話番号

（３）メールアドレス