様式第２号

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

埼玉県立がんセンター病院長　影山　幸雄　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

下記事業に係るプロポーザルに参加したいので、必要な資料等を添えて参加資格の確認を申請します。

なお、説明書の「３　参加資格要件」に掲げられた条件をすべて満たしてい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. 対象事業
2. 件名
3. 場所
4. 公示日　　 令和　　年　　月　　日

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

e-mail