（様式１）

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　長尾眞理子

　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　法人の場合代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

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１０月１０日

２　調達件名

　　職員被服の購入

３　連絡先

⑴　担当者所属・氏名

⑵　電話番号

⑶　ＦＡＸ番号

⑷　Ｅメールアドレス