様式第１号

一般競争入札参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

（法人の場合は、法人所在地、名称又は商号及び代表者の職・氏名）

住　　所

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項及び第３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７年１２月１日（月）

２　調達件名及び数量

　　診察案内表示システム更新業務　一式

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

４　入札保証金の免除希望（次の⑴～⑶のうち該当するものに○をつけること。）

⑴　入札保証保険契約により免除希望（「入札保証金について」の５ アに該当）

⑵　契約保証の予約により免除希望（「入札保証金について」の５ イに該当）

⑶　同種同規模の契約履行により免除希望（「入札保証金について」の５ ウに該当）

５　契約の履行実績について（上記４⑶該当者のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約日 | 契約案件名 | 契約金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |