

受付番号※

※事務局が記載します。

(様式1)

令和 年 月 日

(あて先)

荒尾市病院事業管理者 大嶋 壽海 様

参加資格確認申請書

新病院医局什器等整備公募型プロポーザルに参加を表明します。

参加表明に伴う添付書類等の内容については、事実に相違ないこと、実施要項に規定される参加資格の要件を全て満たしていること、また談合等公正な契約を害する行為を行わないことを併せて誓約します。

(提出者)

〒

住 所：

商号又は名称：

代 表 者：

印

(担当者連絡先)

所 属：

氏 名：

電 話 番 号：

F A X：

E - m a i l：