

| 確認書類 | 確認者 |
|------|-----|
| | |

※上記太枠内は記入しないでください。

一般競争入札参加申込書
兼競争参加資格確認申請書

令和 年 月 日

兵庫県病院事業 契約担当者

兵庫県立尼崎総合医療センター院長 様

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

公告のあった下記調達に係る一般競争入札に参加する資格について確認されたく、
確認書類を添えて入札参加申込みをします。

なお、地方自治法施行令第167条の4第1項に該当する者でないこと及び添付書類の
内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1 入札件名 県立尼崎総合医療センター患者給食業務の一部業務委託

2 本入札及び見積に関する一切の権限を行使する者を以下のとおり届け出ます。

所属部署名： _____ 職・氏名： _____

3 確認書類

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

4 連絡先

所属 _____ 電話 _____

氏名 _____ メールアドレス _____