

一般競争入札参加資格確認申請書

平成 年 月 日

社会医療法人社団大久保病院
理事長 大久保健作 殿

住所

商号又は名称

代表者役職氏名

印

電話番号

【担当者】

職氏名：

電話番号：

E-mail：

平成31年2月1日付け公告のあった社会医療法人社団大久保病院が発注する一般競争入札に参加したいので、申請します。

なお、入札公告に示す競争参加資格について、すべてを満たしていることを誓約します。

【件名】