

一般競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター院長 殿

申請者

郵便番号
住所又は所在地
商号又は名称
代表者氏名
電話番号

印

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターが発注する医療情報企画室業務委託契約一式について、一般競争入札に参加を希望しますので、下記のとおり関係書類を提出します。

なお、当該入札に係る契約を締結する能力を有しない者及び破産者でないこと、一般競争入札公告にある一般競争入札参加資格要件を全て満たしていること並びに申請書の内容について事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 申請書内容等に関する確認先
- 申請書記載責任者：
電話番号：
FAX番号：
E-mail：

2 会社概要

(1) 営業の沿革

創業年月日	年 月 日
営業年数	年

(2) 資本金

資本金	千円
-----	----

(3) 従業員数

区 分	人 数
営業担当	人
技術職員	人
事務職員	人
そ の 他	人
合 計	人