

(様式1)

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人 静岡県立病院機構
理事長 田中 一成 様

住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

下記の業務に係る競争入札に参加する資格について確認されたく、必要書類等を添えて申請します。

なお、

- ① 本入札に関し、「入札説明書 5 入札に参加する者に必要な資格に関する事項」に記載する条件について満たしていること
- ② 成年被後見人及び被保佐人並びに破産者で復権を得ない者でないこと
- ③ 添付資料の内容について、事実と相違ないこと
- ④ 本申請書及び添付資料提出後に生じた変更事項について、必ず委託者の必要とする書面により委託者の承諾を得ること

以上誓約します。

記

- 1 公告日 令和 年 月 日
- 2 業務名 令和5年度静岡県立病院機構職員ストレスチェック業務
- 3 業務場所 静岡県立総合病院、静岡県立こころの医療センター及び静岡県立こども病院並びに静岡市内にある面接会場等