様式１

プロポーザル参加資格確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　静岡県立こども病院長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 | 印 |

　下記の業務に係わるプロポーザルに参加する資格について確認されたく、資料を添えて申請します。

　なお、

　１　成年被後見人、被保佐人及び被補助人並びに破産者で復権を得ない者でないこと

　２　添付資料の内容については、事実と相違ないこと

　３　本申請書及び添付資料提出後に生じた変更事項にいては、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　：　　　　年　月　日（　）

２　業務名　：令和６年度静岡県立こども病院医事等業務委託(1)（令和６～９年）

令和６年度静岡県立こども病院医事等業務委託(2)（令和６～９年）

　※申請しない業務がある場合は消すこと。

３　業務場所：静岡県立こども病院