

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
静岡県立こころの医療センター
院長 村上 直人 様

住 所
商号又は名称
代 表 者 氏 名 印

担当者部署・氏名
電話番号
メールアドレス

下記の産品に係る競争入札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、地方独立行政法人静岡県立病院機構契約事務取扱規程第3条第1項、第3項及び第4項の規定に該当しない者であること並びに添付資料の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 公 告 日：令和5年12月27日（水）
- 2 調達産品：令和6年度地方独立行政法人静岡県立病院機構
静岡県立こころの医療センターで使用する電気
- 3 需要場所：静岡県立こころの医療センター