

(様式2)

平成27年度静岡県立総合病院滅菌業務委託(平成27～29年度)

応募者概要説明書

名 称		設立年月	
代 表 者			
所 在 地	〒		
電 話		FAX	
事業担当責任者	氏名 E-mail		
資 本 金 等	百万円		
常用雇用労働者 人 数	人	有資格者数	( 資格名 ) 人 ( 資格名 ) 人
業 務 概 要			
静岡県入札参加資 格種別・番号	資格有効期限		
	(取得中の場合は、申請年月日を記入のこと)		