競争参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構
四日市羽津医療センター
　　院　　長　　住田　安弘　　殿

住所
商号又は名称
氏名

令和　　年　　月　　日付で公告のありました＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に係る競争参加資格について確認されたく、下記の書類を添えて申請します。

なお、独立行政法人地域医療機能推進機構契約事務取扱細則第５条及び第６条の規定に該当する者でない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．資格審査結果通知書（写）

２．営業許可書（写）

３．その他必要書類