競争参加資格確認申請書

　　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　　山本　隆行　　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．統一参加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

　　　　　　　　・保険料納付に係る申立書（別紙1）

　　　　　　　　・談合等の不正行為に関する誓約書

　　　　　　　　・反社会的勢力排除に関する誓約書

　　　　　　　　・見積書（参考）