

入札参加資格確認申請書

年 月 日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

所在地又は住所
申請者 商号又は名称
代表者職氏名
電話番号

印

※契約に関する権限を有する方を記入してください。

下記の委託業務等に係る入札に参加する資格について確認されたく申請します。

なお、入札に参加するものに必要な資格に関する事項の条件を満たしていること並びに暴力団員等、暴力団員の配偶者及び暴力団員等と密接な関係を有するものでないことを誓約します。

記

1 業務名 令和3年度 第3号
後期高齢者医療給付支給決定通知書作成業務

2 入札日 令和3年3月19日(金)

3 資格

現在、当社が指名業者登録している地方公共団体は次のとおりです。

.....
なお、当社は上記地方公共団体において指名停止期間中ではありません。

備考

※指名業者の登録を複数の地方公共団体でしている場合は、団体名を1つ記入してください。

※登録済であることを確認できる書類の写しを添付してください。