公募型見積合せ参加申込書

平成 　年　 月　 日

市立宇和島病院

宇和島市病院事業管理者　様

（申込者）

住 所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 印

下記の案件について、公募型見積合せに参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

なお、本見積合せの資格要件として応募に関する内容について貴社関係者へ確認が必要なときは、担当職員が調査の実施及び報告を求めることに同意します。

記

1. 公　示　番　号

1. 物　件　名　称

|  |  |
| --- | --- |
| 病院使用欄 | 　　月　　日　　 |
| 審 査 結 果 | 入札参加資格　有・無履行実績　　　有・無　 | 管理者 | 局長 | 課長 | 補佐 |  |  | 係 |
| 適 | 否 |  |  |  |  |  |  |  |