

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	部長	課長	補佐	係長		係
適	否								

公募型見積合せ参加申込書

令和 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、応募に関する内容について確認が必要な場合は、調査の実施及び報告を求められることに同意します。

記

1. 業 務 の 名 称

(※以下2及び3については、公示及び仕様書により提出の必要がある場合は記載のこと)

2. 履 行 体 制

3. 保守点検実施者 商 号

(再委託を含む) 代表者

所在地

※医療法、薬事法において適合されると認められる者の商号及び所在地等を記載すること。受託者が適合・実施する場合は記入不要。

機器製造会社及び製造会社関連保守実施会社以外の者へ再委託する場合は、適合することが確認できる書類を添付すること。