

様式 1

入札参加資格確認申請書

令和 7 年 月 日

近江八幡市立総合医療センター

近江八幡市病院事業 管理者 宮下 浩明 様

郵便番号、所在地

商号名又は名称

代表者職氏名

使用印

令和 7 年 9 月 5 日付けで公告された近江八幡市立総合医療センターにおける医薬品の供給業務についての一般競争入札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、本申請書及び添付書類の内容については事実と相違ないこと及び地方自治法施行令第 167 条の 4 第 1 項の規定に該当しないことを誓約します。

記

添付書類

(1) 供給業務に必要な許可・免許等の写し (有 ・ 無)

連絡先 (担当者)

氏名

電話

FAX

E-MAIL