

(様式1)

競争参加資格確認申請書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
佐賀中部病院
院長 浅見 昭彦 殿

住所
商号又は名称
氏名 印

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。

また、入札説明書の規定に基づき入札参加資格が無かったことが該当した場合には貴院より入札の無効等の取扱いを受けても、一切の異議を申し出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. 保険料納付に係る申立書（様式8）
3. 機密保持に関する誓約書（様式9）
4. 反社会的勢力排除に関する誓約書（様式10）
5. 談合等の不正行為に関する誓約書（様式11）