（様式１）

公募型プロポーザル参加資格確認申請書

【公立陶生病院入院セット提供業務】

令和　　年　　月　　日

　公立陶生病院組合管理者　殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　令和３年３月　　日付けで公告のありました公募型プロポーザルに参加するため、次のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、公募型プロポーザル参加資格の要件を満たしていること及び申請書類の内容について事実と相違ないことを制約します。

１　業務名　　　公立陶生病院入院セット提供業務

２　業務場所　　　瀬戸市西追分町１６０番地　公立陶生病院内

３　公募型プロポーザル参加資格確認申請書記載責任者

　⑴　所属部署

　⑵　氏名

　⑶　電話番号

　⑷　ＦＡＸ番号

　⑸　メールアドレス

４　愛知県内の本店又は支店（営業所）の名称及び所在地

　⑴　名称

　⑵　所在地

５　当該業務の実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 所在地 |  |
| 病床数 |  | 契約期間 |  |
| 業務概要 |  |

６　添付資料

　　別添のとおり