

一般競争入札参加資格等確認申請書

令和 年 月 日

関東メディカル・ケア様

所在地
商号又は名称
代表者職氏名
電話番号

印

下記工事の入札公告に示された、入札参加資格確認書類を添えて入札参加資格の確認を申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の4に該当しない者であること及び記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

1 公告日： 令和 年 月 日

2 工事名：

3 工事場所：

4 連絡先

(1) 担当者所属・氏名

(2) 電話番号

(3) メールアドレス