

公募型指名競争入札参加申請書

令和 年 月 日

(宛先)

高松市病院事業管理者

住 所
(法人にあっては、所在地)
商号又は名称

代表者氏名

TEL

FAX

次の公募型指名競争入札に参加したいので、入札情報に指示された書類を添えて申請します。

なお、申請書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

公募番号	第1号
件名	高松市立みんなの病院夜間看護補助者派遣業務委託

代表者又は代理人印の押印に代えて責任者等の氏名及び連絡先の記載を可とします。押印のない入札書を提出する場合は、責任者（事務を担当する部門の長）の部署名及び氏名並びに担当者の部署名及び氏名をフルネームで記載し、更に連絡先として電話番号（固定電話。設置していない場合は携帯電話）を記載してください。なお、押印がなく、上記の記載の全部又は一部がない場合は無効となります。

責任者（部署名・氏名）
担当者（部署名・氏名）
連絡先