

# 一般競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

社会医療法人社団 大久保病院  
理事長 大久保彰子 殿

住所 \_\_\_\_\_

商号又は名称 \_\_\_\_\_

代表者役職氏名

印

担当者  
職氏名：  
電話番号：  
Email：

令和3年1月7日付広告のあった社会医療法人社団大久保病院が発注する一般競争入札に参加したいので申請します。

なお、入札公告に示す競争参加資格について、すべてを満たしていることを誓約します。

件名： デジタル X 線撮影・画像変換処理システム 一式