（様式１号）

令和　　年　　月　　日

磐田市病院事業管理者　鈴木　昌八　宛

参加資格確認申請書

業務名　：　令和6年度　磐田市立総合病院　医療情報システム更新業務

上記業務に係るプロポーザルに参加することを表明します。

なお、参加資格要件を満たしていること、並びに本申請書及び添付書類の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

（提出者）

住所：

会社名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　印

(連絡先)

氏名：

所属：

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：