

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

愛媛県立子ども療育センター 所長 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

令和 年 月 日付けで入札公告のあった「臨床検査業務委託」の入札参加資格確認のため、関係書類を添えて申請します。

なお、添付書類については事実に相違ないことを誓約します。

(連絡通知先)

担当者名

電話番号

ファックス番号
