



	※	資格認定日		
※ 審査	課長	補佐	主任	係員

令和4・5年度 物品競争入札（見積）参加資格審査申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人くまもと県北病院 理事長 （宛）

地方独立行政法人くまもと県北病院（以下「病院」という。）が行う物品の売買又は修理等の契約に係る競争入札（見積）に参加したいので指定の書類を添えて入札参加資格の審査を申請します。  
 なお、この物品競争入札（見積）参加資格審査申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違なく、資格決定後は病院との契約については、関係法規を遵守し、信義誠実を旨として取引をいたしますことを誓約します。  
 また、参加資格者名簿を病院ホームページ等に公開することを承諾します。

申請者（本社の情報を記載してください。）

※相手方番号

郵便番号	所在地区分	<input type="checkbox"/> 玉名市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外		
所在地				
(フリガナ)				
商号又は名称				
(フリガナ)				
代表者職氏名	職名	氏名	実印	
電話番号	FAX番号			
Eメールアドレス				
従業員数 (全社)	販売関係	事務関係	技術関係	合計 (うち障がい者雇用人数)

支店、営業所等（病院との入札及び契約等の権限を委任する場合のみ記載してください。）

郵便番号	所在地区分	<input type="checkbox"/> 玉名市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外		
所在地				
(フリガナ)				
商号又は名称 支店・営業所名				
(フリガナ)				
代表者職氏名	職名	氏名		
電話番号	FAX番号			
Eメールアドレス				
従業員数 (委任先)	販売関係	事務関係	技術関係	合計 (うち障がい者雇用人数)

創業年月日	休業・転廃業期間	年間	資本金	千円

連絡先（申請書の作成者を記載してください。和暦で記載してください。）

担当部署	担当者名	TEL	FAX

※ 変更届出記録

年 月 日 No.	年 月 日 No.	※決定No.
年 月 日 No.	年 月 日 No.	