

(様式2)

参加資格	
有	無

受付番号	番
------	---

## プロポーザル方式参加資格審査申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>大阪府済生会茨木病院  
院長 立田 浩 殿

申請者 住 所  
商号又は名称  
代表者氏名 ⑩

担当者 氏 名  
電 話  
F A X

平成 27 年 1 月 15 日付で入札公告のありました下記業務に係る入札に参加する資格について確認されたく公告に定められた書類を添えて申請します。

なお、添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

入札番号 平 2 6 業 第 0 0 0 5 号

業務名 来院者送迎業務

注 1) 申請書右上の参加資格及び受付番号の欄は記入しないで下さい。

注 2) 添付書類については、公告で定める提出書類を必ず確認し、該当すること。