

様式 1

一般競争入札参加資格確認申請書

年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 保坂 武 殿

申請者名

代表者氏名

㊞

所在地

電話番号

山梨県後期高齢者医療広域連合の下記委託に係る入札に参加する資格について確認されたく申請します。

なお、この申請書の全ての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 入札件名 「医療費通知」三つ折圧着ハガキ印刷作成業務
- 2 添付資料 誓約書（様式2）