

公募型業務委託見積合せ参加申請書

年 月 日

地方独立行政法人明石市立市民病院理事長 様

(申請者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

④

業 者 コ ー ド

電話番号 ー ー

FAX番号 ー ー

下記の業務について、公募型業務委託見積合せ（郵便方式）に参加したいので、関係書類を添えて申請いたします。

なお、当該業務の契約予定者の要件として、明石市税の納税状況の確認が必要なときは、理事長が明石市の関係課に報告を求めることに同意します。

また、下記業務の見積合せの日の前日において、国税を完納していること（滞納していないこと）を誓約いたします。なお、下記業務の契約予定者として決定された場合においては、契約締結期限までの間に、国税の滞納がないことを証する納税証明書を提出することについても誓約し、これを提出できないときは、下記業務の契約予定者の決定が取り消されること及び指名停止の措置を受けることについて承諾するとともに、これらの措置の実施について、一切の異議を申し立てません。

記

1 業務名称 電話交換業務

2 配置予定の技術者等 _____

- ※1 2については、公告文において技術者等の指定がある場合のみ記載してください。
- ※2 技術者等については、雇用関係の分かる保険証等の写しを必ず添付してください。
- ※3 技術者等については、公告文に対応する適正な技術者を記入してください。

下記には記入しないでください。

審 査 結 果
適 ・ 否