

## 下見参加申出書

令和 年 月 日

泉大津市立病院  
泉大津市病院事業管理者 様

(入札参加者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

担当者氏名

連 絡 先 TEL

下記売却処分の一般競争入札に参加したいので、下見への参加を希望します。

記

名 称 倒像鏡外医療備品の売却処分

場 所 泉大津市下条町16番1号

参加予定氏名

氏名	会社名	備考

※各者参加可能な人数は2名までとします。