（様式１号）

**参　加　表　明　書**

令和　　年　　月　　日

泉大津市病院事業管理者　石河　修　様

所在地

商号又は名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　「泉大津市立周産期小児医療センター出産祝いプレゼント調達」に係る事業者選定について、「泉大津市立周産期小児医療センター出産祝いプレゼント調達プロポーザル実施要領」の内容を承諾のうえ、参加することを表明します。

また、実施要領「４．応募（参加）資格」を満たしていることをここに誓約します。

記

件名：泉大津市立周産期小児医療センター出産祝いプレゼント調達

添付書類

1. 会社概要書（様式２号）
2. 業務実績書（様式３号）
3. 決算報告書

※令和５・６年度泉大津市入札参加資格を有している場合、(3)～(8)は提出不要。

1. 登記簿謄本
2. 納税証明書
3. 印鑑証明書
4. 使用印鑑届（様式４－１号）
5. 障害者雇用促進法に係る雇用状況調べ（様式４－２号）

（担当者連絡先）

所　属

氏　名

電話番号

FAX番号

E-mail