

(様式第 1 号)

受付番号 _____

岩手県後期高齢者医療広域連合
物品の買入れ等競争入札参加資格審査申請書

令和 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

住所（所在地）〒

商号（名称）

代表者職・氏名

電話番号



（実印）

令和 4 年度及び令和 5 年度に岩手県後期高齢者医療広域連合が行う物品の買入れ等に係る競争入札等に参加したいので、指定の書類を添えて入札参加資格の審査を申請します。

なお、この申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、この資格審査申請及び資格者認定の有効期間において広域連合長が必要と認めるときは、市町村税の納入状況を調査することに同意します。

＜申請事務担当者＞ 連絡先名称	
担当者氏名	
連絡先等	TEL FAX

