(様式1)

令和 年 月 日

泉佐野市長 千代松 大耕 様

申込者
住所又は所在地
(〒 -)

商号(名称)
代表者氏名
担当者氏名
電話番号
FAX番号
電子メール
印

泉佐野市診療報酬明細点検等業務委託企画提案参加申込書

泉佐野市診療報酬明細点検等業務委託にかかる公募について、下記の書類を提出し参加申込みします。

なお、実施要領「3参加資格要件」に定める参加資格要件を満たしていることを誓約します。

記

1 提出書類

- ①参加申込書(この用紙)
- ②役員名簿(様式任意)
- ③誓約書(様式第3号)
- ④商業登記簿謄本(履歴事項全部証明書)の写し
- ⑤国税、市税に滞納がないことの証明書
- ⑥消費税及び地方消費税に滞納がないことの証明書

2 提出部数

原本1部、副本5部