（様式第１－２号）　共同企業体用

令和　　年　　月　　日

　岩手県医療局長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同企業体　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　構　成　員　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　構　成　員　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（非代表者）　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

**入札参加表明書**

　令和８年　月　日付けで公告のありました岩手県立磐井病院・南光病院・花泉地域診療センター医療情報システム構築業務の入札に参加することを表明します。