（様式第２号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　岩手県医療局長　様

共同企業体名（共同企業体の場合は記載する。）

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（共同企業体の場合は共同企業体代表者について記載する。）

**総合評価一般競争入札参加資格確認申請書**

　令和８年　月　日付けで公告のありました下記の業務の委託に係る総合評価一般競争入札参加について、関係書類を添えて参加資格の確認を申請します。

　なお、入札説明書の３に掲げる要件を満たしていること、並びに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。

記

１　業務件名　岩手県立磐井・南光病院・花泉地域診療センター病院医療情報システム構築業務

２　添付書類

　(１)　共同企業体協定書（様式第３号）

　(２)　契約実績等調書（様式第４号）

　(３)　本委託業務を外部事業者の協力により履行する場合は、当該外部事業者の住所、名称及び代表者名並びに協力内容（任意様式）

|  |
| --- |
| 本手続に係る担当者  　所　　属  　担当者名  　電　　話  　E-mail |