

参加意思確認書

年 月 日

(あて先) 旭川市病院事業管理者

申請者

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

件 名 自動注射薬払出システム点検業務

令和 7 年 5 月 2 1 日付けで公募のありました、上記契約の実施を希望します。

なお、応募要件を満たしていること、並びに本確認書及び添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

添付書類名	添付の有無
医療機器修理業許可証の写し	有・無
医療機器の保守点検業務に関し三年以上の経験を有することが分かる書類の写し	有・無
当該契約と同種契約の実績を確認できる書類の写し	有・無
標準作業書及び業務案内書の写し	有・無
	有・無
	有・無

申請担当者役職・氏名

連絡先

TEL

FAX

(連絡先は間違いのないよう記入してください。)