

参加意思確認書

年 月 日

(宛先) 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 医療器械保守管理支援業務

令和 8 年 1 月 3 0 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
損害保険の活用による医療器械保守管理支援業務に関し 3 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
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。)