

【様式1】

# 見積照合参加申請書

令和 年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人 市立大津市民病院  
理事長 河内 明宏 様

『令和5年度医薬品の単価契約』に係る見積照合について、資格の要件を満たしており、参加を申請します。

申請者※	(所在地) 〒	大津市への指名願提出済の場合レ印を枠内に記入すること (注：指名願提出は必須ではありません。) <input type="checkbox"/>
	(商号又は名称)	
	(代表者職・氏名・印)  <p style="text-align: right;">印</p>	
連絡担当者	(連絡担当部署及び担当者名及び連絡先電話番号・メールアドレス)	

(受付欄) ※下記は記入しない

受付印
-----