【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　増田　伊知郎　様

『令和2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）　〒
	（商号又は名称）
	（代表者職・氏名）
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	整理番号