医事業務受託に関する資格審査申請書

　　年　　月　　日

（宛先）

社会福祉法人恩賜財団済生会支部

　　 　奈良県済生会

支部長　今川　敦史　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

済生会奈良病院医事業務受託の資格審査を申請します。なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約するとともに、契約締結後において、この申請書及び添付書類の記載内容に疑義が生じ、同書類では参加資格を有していることが確認できないと判明した場合には、契約を解除され、違約金の請求を受けても異議を申し立てません。

また、入札公告に定める入札参加資格のすべての要件を満たしていることを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 病院と直接取引を行う本社又は支店・営業所等 |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 設立年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 現場管理責任者 |  |
| 奈良県の物品調達に関する競争入札参加登録資格の登録番号・登録年・営業種目 |  |

【病床数150床以上の医療機関での受託実績】

|  |  |
| --- | --- |
| 病 院 名 |  |
| 病 床 数 | 床 |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| DPC病院（○で表示） | 該当　　・　　非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 病 院 名 |  |
| 病 床 数 | 床 |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| DPC病院（○で表示） | 該当　　・　　非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 病 院 名 |  |
| 病 床 数 | 床 |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| DPC病院（○で表示） | 該当　　・　　非該当 |