様式２

**参加申込書 兼 提案資格確認申請書**

　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

韮崎市国民健康保険韮崎市立病院

開設者　韮崎市長　内 藤 久 夫　宛

住 所

法人名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

担当者　所属部署

氏　　名

電話番号

Ｆ Ａ Ｘ

Ｅ- mail

韮崎市国民健康保険 韮崎市立病院におけるＸ線ＣＴ診断装置および画像診断ワークステーション調達事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加したいので、別添のとおり関係書類を添えて申し込みます。

　【添付資料】

　　　１　参加申込書兼提案資格確認申請書（様式２）

（１）誓約書（様式３）

（２）見積書（機器等の詳細な内訳は不要）

（３）代理店証明書等提案した物品等を確実に納入することができることを証する書類（機器等を直接製造していない者等）

（４）医薬品医療機器等法（昭和３５年法律第１４５号）第３９条第１項に基づく医療用具の販売業の許可を有している事業者であることを証した書類の写し

（５）会社概要等整理表（様式４）

①　発行後３月以内の商業登記簿謄本（履歴事項全部証明書）

②　発行後３月以内の国税および地方税（法人税、消費税、固定資産税等）の未納がないことの証明書

　　　（６）契約実績一覧（様式５）

　　　　　①　契約実績が確認できる契約書の抜粋（写）