（様式１）

参加申込書

令和　　年　　月　　日

小田原市病院事業管理者　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　 　　　　　　　　㊞

次のとおり参加を申し込みます。

１　業務名 小田原市立病院新病院診療材料及び医薬品物流管理業務

２　添付資料 誓約書（様式２）

会社概要調書（様式３）

運営実績書（様式４）

小田原市暴力団排除条例に係る誓約書（様式５）

役員等名簿（様式６）

納税証明書

印鑑証明書

履歴事項全部証明書

【連絡担当者】

所属・職名

氏名

電話番号

FAX 番号

Ｅ-mail

以上