

(様式第1号)

令和 年 月 日

## 参加資格確認申請書

福岡赤十字病院

院長 中房 祐司 様

所 在 地

電 話 番 号

会 社 名

代表者職氏名

印

福岡赤十字病院 病院パンフレット作成業務プロポーザルに係る企画提案の参加をしたいので、参加資格を確認されたく、次の書類を添えて申請します。

なお、福岡赤十字病院 病院パンフレット作成業務プロポーザル実施要項に示された参加資格要件を満たしていること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します。

(添付書類)

1. パンフレット作成業務受託実績書（様式2）
2. 納税証明書（「法人税」「消費税及び地方消費税」）
3. 令和7年度～令和9年度福岡赤十字病院競争入札参加資格認定通知の写し