（様式１）

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人奈良県立病院機構法人本部

事務局長　殿

 住　　所

 商号又は

 名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

競争入札参加資格確認申請書

　令和７年３月１２日付けで入札公告のありました「地方独立行政法人奈良県立病院機構が加入する建物火災保険」に係る競争入札参加資格について、下記のとおり参加資格の確認を申請します。

 なお、入札公告における「第２　競争入札に参加する者に必要な資格」(１)から(６)までの資格をすべて有していることを誓約します。契約締結後において、記載内容に疑義が生じ、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。

記

添付書類

・保険業法第３条第５項に規定する損害保険業免許の写し

・奈良県競争入札参加資格の写し

・契約履行実績証明書（様式５）

提出書類に対する照会先及び審査結果通知先

担当者　所属部署・氏名：

電話番号：

Ｅメールアドレス：