様式第１号

応募参加資格確認申請書

令和 年 月 日

　埼玉県総合リハビリテーションセンター

　　　　　　　　　　病院長　市川　忠　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　下記案件に係る公募に参加するに当たり、応募参加資格の確認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　公募年月日

　　　令和５年７月２０日（木）

２　公募する事業名

　　　埼玉県総合リハビリテーションセンター床頭台ユニット等の設置及び運営事業

３　連絡先担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| E－mail |  |