（様式１）

参加資格認定申請書

令和　　年　　月　　日

福井県立病院長

道傳　研司　様

住所（所在地）

商号（名称）

代表者　　　　　　　　　　　印

電話番号

FAX番号

令和７年６月６日付けで公告のあった「令和７年度福井県立病院広報誌制作業務プロポーザル」に参加する資格の認定を受けたいので、下記の書類を添えて申請します。

なお、令和７年度福井県立病院広報誌制作業務プロポーザル実施要領３に定めるすべての要件を満たし、添付書類の内容が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　会社概要書（様式２）

２　同種業務実績（様式３）

３　福井県競争入札参加決定通知書（写）

* 申請中の場合は申請書の写し