**一般競争入札参加資格確認申請書**

令和2年　　月　　日

社会福祉法人無何有の郷

　理事長　松　尾　智　章　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　入札担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-Mail

下記入札へ参加のため、入札参加資格の確認を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 　入札案件名称 | 　地域密着型特別養護老人ホーム杜の家別館介護・医務用品整備事業 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 事務局受理印 | 参加資格 |
| ※令和　　年　　月　　日 | ※ | ※　　　　有　・　無 |

※枠内は事務局記入欄