

様式第 1 号

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

(担 当 者

(電話番号)

(FAX番号

(メールアドレス)

)

)

)

)

令和５年４月４日付けで公告のあった令和５年度徳島県後期高齢者医療
 整備療養費等支給申請書点検業務の一般競争入札に参加したいので、必要書類
 を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の4の規定のいずれにも該当しない者であること、入札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（添付する書類に☑を付けること）

- ☐ 使用印鑑届
- ☐ 代表者の印鑑証明書（原本）
- ☐ 業務実績一覧表
- ☐ 委任状（入札・契約等の権限を営業所等に委任する場合のみ提出）
- ☐ 反社会的勢力の排除に関する誓約書
- ☐ その他（ ）

使 用 印 鑑 届

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

所 在 地
商号又は名称
代表者職氏名

実印

徳島県後期高齢者医療広域連合発注の物品及び委託・役務業務の競争入札, 契約等に使用する印鑑は次のとおりです。

使用印鑑

委 任 状

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

(委 任 者)

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

私は、次の者を代理人と定め、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで、徳島県後期高齢者医療広域連合に対する下記の権限を委任します。

(受 任 者)

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

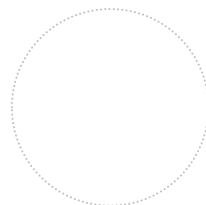
印

記

(委任事項) ※委任される項目を○で囲んでください。

- 1 入札及び見積りに関する件
- 2 契約の締結に関する件
- 3 代金の請求及び受領に関する件
- 4 入札における代理人選任に関する件
- 5 その他、上記各号に付帯する件

受任者使用印鑑



業 務 実 績 一 覧 表

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

(所 在 地)

(商号又は名称)

(代 表 者 氏 名)

弊社の業務実績について、次のとおり報告します。

	契約名	契約期間	契約先	契約金額
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円

様式第 1 号

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

(担 当 者

(電話番号)

(FAX番号

(メールアドレス)

)

)

)

)

令和５年４月４日付けで公告のあった令和５年度徳島県後期高齢者医療
 整備療養費等支給申請書点検業務の一般競争入札に参加したいので、必要書類
 を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の4の規定のいずれにも該当しない者であること、入札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（添付する書類に☑を付けること）

- ☐ 使用印鑑届
- ☐ 代表者の印鑑証明書（原本）
- ☐ 業務実績一覧表
- ☐ 委任状（入札・契約等の権限を営業所等に委任する場合のみ提出）
- ☐ 反社会的勢力の排除に関する誓約書
- ☐ その他（ ）

使 用 印 鑑 届

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

所 在 地
商号又は名称
代表者職氏名

本社（代表取締役等）
の実印

実印

徳島県後期高齢者医療広域連合発注の物品及び委託・役務業務の競争入札, 契約等に使用する印鑑は次のとおりです。

使用印鑑

委任する場合、委任状の受任者
使用印鑑と同じ。

委 任 状

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

(委 任 者)

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

本社（代表取締役等）
の実印



私は、次の者を代理人と定め、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで、徳島県後期高齢者医療広域連合に対する下記の権限を委任します。

(受 任 者)

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

受任者は支店長など。
下記の受任者使用印鑑と同じ。

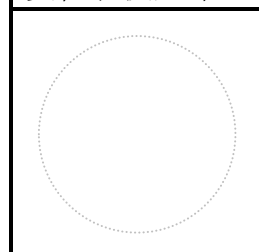


記

(委任事項) ※委任される項目を○で囲んでください。

- 1 入札及び見積りに関する件
- 2 契約の締結に関する件
- 3 代金の請求及び受領に関する件
- 4 入札における代理人選任に関する件
- 5 その他、上記各号に付帯する件

受任者使用印鑑



使用印鑑届の使用印鑑及び上記
受任者印と同じ。

業 務 実 績 一 覧 表

令和 年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子 様

(所 在 地)

(商号又は名称)

(代 表 者 氏 名)

支店・支店長等の実績。
押印は不要。

弊社の業務実績について、次のとおり報告します。

	契約名	契約期間	契約先	契約金額
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円