

(様式第 1 号)

入札参加資格確認申請書

年 月 日

社会福祉法人
大阪府障害者福祉事業団 理事長 様
(担当法人)

<申請者>
住 所
商号又は名称
代表者名

印

<受任者（代理人に選任された場合）>
住 所
商号又は名称
受任者名

印

職員定期健康診断等業務に係る入札に参加したいので、申請書類一式を添えて入札参加資格の確認を申請します。

(様式第 1 号)

入札参加資格確認申請書

留 意 点 等

※提出日付を記載してください。

年 月 日

※「申請者」とは、代表権を有する方を示します。

社会福祉法人
大阪府障害者福祉事業団 理事長 様
(担当法人)

※「申請者」を必ず記載してください。
※「申請者」の印は、「印鑑証明書」記載の印
鑑を押印してください。

<申請者>
住 所
商号又は名称
代表者名

印

<受任者（代
住 所
商号又は名称
受任者名

※代理人を選任した場合は、「受任者」を記載
し、「委任状兼使用印鑑届」で届け出た、使
用印鑑を押印してください。

印

[件名]に係る入札に参加したいので、申請書類一式を添えて入札参加資格の確認を申請します。

※[件名]には、入札公告で示す「工事名称」、又は「案件名称」を記載してください。