（様式１）

令和　　年　　月　　日

（宛先）

長浜市病院事業管理者

住所(所在地)

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**入　札　参　加　申　込　書**

令和７年７月４日付けで入札公告のありました下記業務について、参加を申込みします。

なお、当該公告第２に規定する参加資格要件については、すべて満たしていることを誓約いたします。

記

１．　業務の名称　　市立長浜病院サージカルリネン類賃貸借業務

【連絡先】

所属

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ