（様式１）

**藤枝市立総合病院**

**医事業務委託プロポーザル参加申請書**

　　年　　月　　日

藤枝市立総合病院

病院事業管理者　　毛利　博　様

（申込者）

住所

商号又は名称

代表者氏名

電話番号

（事業担当者氏名）

メールアドレス

藤枝市立総合病院医事業務委託プロポーザルに参加したいので、「会社概要説明書（様式２）」及び下記資料を添えて申し込みます。

なお、参加資格条件すべてを満たしていること、並びに本申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

・印鑑証明書（写し不可、原本添付、申請日から３ヶ月以内に発行したもの）

・法人の登記事項証明書（登記簿謄本）（写し不可、原本添付、申請日から３ヶ月以内に発行したもの）

・令和７年３月３１日の時点の直近３年度以内において、一般病床２００床以上のＤＰＣ対象病院で、２年以上継続して外来及び入院会計請求事務を含む医事業務受託の実績を有する業者であることを証する書面（様式７）

・藤枝市入札参加資格審査結果通知書の写し（今後申請する場合は、申請書の写し）

・返信用封筒（送付用の切手を貼付したもの）（１通）

以上