

様式第 2 号

参加資格確認申請書

令和 年 月 日

佐賀県健康福祉部薬務課長 様

所在地

商号又は名称

ふりがな
代表者職氏名

生年月日 年 月 日

下記委託業務の企画コンペに参加したいので、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、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。県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

記

委託業務名		佐賀県献血推進キャンペーン業務委託 (令和 8 年 8 月 28 日 付 公 示)
本業務実施に係る責任者	職・氏名	
	電話番号	
	ファックス番号	
	電子メールアドレス	

- 必要書類（有）
- ・ 会社概要（パンフレットで可）
 - ・ 実績書（様式第3号）
 - ・ 誓約書（様式第4号）