（様式第１）

令和　年　月　日

岩手県医療局長　小原　重幸　　様

所在地又は住所

氏名（商号又は名称）

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

FAX番号

入札参加資格確認申請書

　令和７年10月７日付けで公告のありました「メラ遠心血液ポンプシステム」に係る一般競争入札に参加したく、確認をお願いします。

記

１　添付書類

　(1)　仕様書

　(2)　定価見積書

|  |
| --- |
| 本手続きに係る担当者 |
| 所　　属 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |