

様式第1号

「利根保健医療圏地域医療ネットワークシステム更新業務」プロポーザル参加表明書

平成 年 月 日

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会
会 長 大 橋 良 一 様

郵便番号

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名

印

平成29年6月26日付けで公表のあった「利根保健医療圏地域医療ネットワークシステム更新業務」プロポーザルについて、次のとおり参加の希望を表明します。

なお、参加条件を満たしていること及び添付書類の記載内容については、事実と相違ないことを誓約します。

1 添付書類：6部

(1) 参加資格確認資料

(2) 商業登記簿謄本（履歴事項全部証明書）

参加表明書提出時の3か月以内に法務局が発行したもの（原本又は写し）。

※公益法人の場合は、定款又は寄附行為を提出すること。

(3) 納税証明書

- ・市区町村税とし、完納した法人市民税納税証明書
- ・国税の納税証明書