**様式２**

**参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

群馬県立小児医療センター院長　様

　　　　　　　（参加申込者）

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　群馬県立小児医療センターが実施する総合医療情報システム更新業務について、下記書類を添えて参加します。

記

（添付書類）

１　参加申込書類一式（法人登記簿謄本、決算書、都道府県税完納証明書、誓約書）　各１部

　※「群馬県物品等入札参加資格者名簿」登載者は提出不要。

（担当者）※審査結果の通知等は担当者あてに送付します。

〒

所在地

所属部署・役職等

氏　　名

電話番号

携帯電話番号

FAX番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ