

社会医療法人寿人会
理事長 様

申請者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

担当者

所属：

氏名：

電話：

E-mail：

プロポーザル参加資格確認申請書兼誓約書

下記件名に係るプロポーザルについて、参加資格の確認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
また、本申請にあたり、下記の事項について誓約します。

記

案件番号	木病-第 26-0625-01 号
案件名	令和 8 年度 社会医療法人寿人会木村病院等診療材料等物流管理委託業務
履行場所	社会医療法人寿人会 木村病院等
契約期間	令和 8 年 10 月 1 日から令和 11 年 9 月 30 日まで
添付書類	☐ 参加資格申請兼契約書 ☐ 財務諸表 ☐ 提案書 ☐ 見積書 ☐ 委任状
備考	

誓約事項

- 募集要項、仕様書その他関係書類の内容を確認し、これを遵守します。
- 本申請書及び添付書類の記載事項は、事実と相違ありません。
- 必要な資格要件を満たしており、参加資格を欠く事由が生じた場合は、速やかに申し出ます。
- 提出書類に虚偽の記載があった場合、参加資格の取消しその他必要な措置を受けても異議を申し立てません。
- 暴力団、暴力団員又はこれらと密接な関係を有する者ではありません。
- 本業務で知り得た個人情報、医療情報、経営情報その他秘密情報について、適切に管理し、第三者に漏えいしません。
- 優先交渉権者として選定された場合は、誠実に契約協議に応じます。

※本書は、プロポーザル参加資格の確認申請及び誓約を目的とするものであり、本書の提出をもって契約の成立を意味するものではありません。