（様式１）

令和　　年　　月　　日

四日市市病院事業管理者

住 　所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　印

参加資格確認申請書

下記選定事業に必要書類を添えて参加を申し込みます。

なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

１　件名

病院情報システム運用支援業務委託

２　必要書類

① 会社概要（会社パンフレットなど）

② 直近の貸借対照表、損益計算書

③ プライバシーマーク認定又はＩＳＯ／ＩＥＣ２７００１認証の登録番号がわかるもの

■連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail