

年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

※ 奈良県内に本店を有する事業所は、30・31年度と記載します。
※ 奈良県外に本店を有する事業所は、30年度のみ。（29年度中に提出済みの事業者は、今回提出不要です。）

郵便番号 ○○○-○○○○
所在地 ○○○○○○
商号又は名称 ○○○○
代表者氏名 ○○○○
電話番号 ○○○○-○○-○○○○
FAX番号等 ○○○○-○○-○○○○
Eメールアドレス・HPアドレス

実印

平成 30 (or 30・31) 年度

奈良県後期高齢者医療広域連合で行われる契約に係る入札に参加したいので、関係書類を添えて、申請します。また、入札への参加、契約の履行に当たっては関係諸規則を守り、万一違反の行為があった場合は、入札参加資格の取消し等の処分を受けてもなんら異議のないことを誓約します。

1 希望する業種 ※別添の種目別一覧の「番号」「種目名」を記入ください

(物品502) 印刷機、(役務503) 印刷機賃貸

2 奈良県後期高齢者医療広域連合との取引の権限を委任する支店・営業所等

(※委任する場合のみ) ※受任営業所に委任する場合のみこの項目に記入ください。

郵便番号
所在地
名称
代表者職氏名
電話番号
FAX番号等

※備考：添付書類 使用印鑑届、委任状（委任する場合のみ）

登記事項証明書、財務・経営状況書類、納税証明書その他の広域連合長が必要と認める書類