様式　１

　令和　　年　　月　　日

　高知県立あき総合病院長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住 所 |  |
|  |  |  |
|  | 氏名 | 印 |

**入　札　参　加　意　思　確　認　書**

「令和７年度　医療機器修理費用補償サービス契約」に係る入札に参加しますので、入札公告に基づき、入札参加意思確認書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社所在地 |  |
| 社名 |  |
| 部署名及び  担当者職名・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |