

大和高田市立病院栄養管理科 競争入札参加資格審査(物品購入等)申請書受領書

※申請者 住所(所在地)

.....
商号又は名称

.....
代表者職名・氏名

.....
(※申請者において、あらかじめ記入の上、提出してください。)

令和5年度 大和高田市立病院栄養管理科競争入札参加資格(物品購入等)申請書類について

- 1 提出された書類を受領しました。
- 2 提出された書類を確認しましたが、下記の書類に不備があり、又は添付がないため、当該書類を令和5年2月2日までに提出をお願いします。なお、期限までに提出がない場合は、登録ができませんので期限を厳守してください。
(再提出は郵送でも結構ですが、必ず本受領書の写し及び切手を貼った返信用封筒を同封してください。* 消印有効)

当科にて確認書類は□にレ点記入、不添付等は○を記入

法 人				不添付等		個 人				不添付等	
<input type="checkbox"/> 競争入札参加資格審査申請書(様式第1号の1)						<input type="checkbox"/> 競争入札参加資格審査申請書(様式第1号の1)					
<input type="checkbox"/> 営業概要書(様式第1号の2)						<input type="checkbox"/> 営業概要書(様式第1号の2)					
<input type="checkbox"/> 登録希望品目(様式第1号の3)						<input type="checkbox"/> 登録希望品目(様式第1号の3)					
<input type="checkbox"/> 誓約書(様式第2号)						<input type="checkbox"/> 誓約書(様式第2号)					
<input type="checkbox"/> 暴力団排除に関する誓約書(指定様式)						<input type="checkbox"/> 暴力団排除に関する誓約書(指定様式)					
<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書(商業登記簿謄本)						<input type="checkbox"/> 身元証明書					
<input type="checkbox"/> 印鑑証明書						<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書					
<input type="checkbox"/> 国税の納税証明書[法人税・消費税(その3の3)]						<input type="checkbox"/> 納税証明書[所得税・消費税(その3の2)]					
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村税の納税証明(完納証明)		本店	委任先	大和高	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村税の納税証明(完納証明)		住所地	大和高			
		支店等	支店等	田市税			市町村	田市税			
<input type="checkbox"/> [法人市町村民税][法人都民税]						<input type="checkbox"/> [市町村民税・都道府県民税][特別区民税]					
<input type="checkbox"/> [固定資産税・都市計画税]						<input type="checkbox"/> [固定資産税・都市計画税]					
<input type="checkbox"/> 使用印鑑届(様式第3号)						<input type="checkbox"/> 使用印鑑届(様式第3号)					
<input type="checkbox"/> 委任状兼使用印鑑届(様式第4号)											
<input type="checkbox"/> 財務諸表(貸借対照表)						<input type="checkbox"/> 所得税確定申告書の写し					
<input type="checkbox"/> 財務諸表(損益計算書)						<input type="checkbox"/> 青色申告決算書の写し(青色申告の場合)					
<input type="checkbox"/> 財務諸表(株主資本等変動計算書)											
<input type="checkbox"/> 営業許可書等						<input type="checkbox"/> 営業許可書等					
<input type="checkbox"/> 代理店・特約店証明書等						<input type="checkbox"/> 代理店・特約店証明書等					
<input type="checkbox"/> 会社案内パンフレット(有る場合)						<input type="checkbox"/> 会社案内パンフレット(有る場合)					
<input type="checkbox"/> 大和高田市・大和高田市立病院 受領書写し						<input type="checkbox"/> 大和高田市・大和高田市立病院 受領書写し					
<input type="checkbox"/> 適格請求書発行事業者の登録通知書の写し						<input type="checkbox"/> 適格請求書発行事業者の登録通知書の写し					

登録有効期間

【令和6年4月1日～令和9年3月31日】

申請書及び添付書類の記載事項に変更が生じたときは、遅滞なく変更届(指定書式)を提出してください。

〒635-8501
奈良県大和高田市磯野北町1番1号
大和高田市立病院 栄養管理科
TEL 0745-44-3014 FAX 0745-44-9212

大和高田市立病院
栄養管理科

受付者:

印

受付日: 令和 年 月 日