様式第1号の1（第2条関係）
令和5年度（大和高田市立病院栄養管理科のみ申請者用）

＊当科記入欄
受付番号:

大和高田市立病院栄養管理科競争入札参加資格審査申請書（物品購入等）

令和　　年　　月　　日

大和高田市長　堀内大造　殿

主たる事業者

所在地 〒

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
商号又は名称　　実 印

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
代表者職氏名　　電話番号

令和5年度において、大和高田市立病院栄養管理科で行われる物品購入等の契約に係る競争入札に参加する資格の審査を申請します。なお、この申請書及び添付書類の記載事項は、すべて事実と相違しないことを誓約します。

記

1，委任する支店・営業所の名称等　＊委任する場合のみ記載し、委任状兼使用印鑑届（様式第4号）を添付してください。

所在地 〒

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
支店・営業所名　　印

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
代表者職氏名　　電話番号

2，取引金融機関

金融機関名　　支店名

金融機関ｺｰﾄﾞ:　　支店ｺｰﾄﾞ:

普通　・　当座 口座番号:

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
口座名義

3，事業者区分
いずれかの番号に〇をつけてください。

1　課税事業者　　2　免税事業者

4，適格請求書発行事業者登録番号

T													

＊ローマ字［T］に続く13桁の数字を記入してください
＊令和5年1月31日現在、適格請求書発行事業者登録は任意となっております。登録されていない場合は、空白で問題ありません。
＊登録番号の申請中もしくは申請予定の場合、登録完了後、番号をお知らせください。