（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）

　長浜市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**入 札 参 加 申 込 書**

　令和７年５月２日付で入札公告のありました下記業務について、参加を申込みます。

なお、当該公告第２に規定する参加資格要件については、すべて満たしていることを誓約いたします。

記

１　業務の名称　　長浜市立湖北病院クレジットカード決済業務　その１（ＶＩＳＡ・Ｍａｓｔｅｒ）

【連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ