

(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

⑨

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