第１号様式（第５条第1項関係）（その１）

条件付一般競争入札参加資格確認申請書

年　　月　　日

　福島県後期高齢者医療広域連合長

　　　　　　　　　所在地

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　年　　月　　日付けで公告された条件付一般競争入札の参加資格の確認を受けたいので、関係書類を添えて入札参加資格確認資料を提出します。

　なお、入札参加資格のすべての要件を満たしていること、並びにこの申請書および添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

１　業務等名　　令和７年度福島県後期高齢者医療広域連合後発医薬品差額通知発送及び発送後の効果分析業務

２　入札参加資格を有している福島県内の市町村名