

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件名	診療材料の買入れ（単価契約）①（補助人工心臓セット等）
----	-----------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営業種目		格付等級・順位	受付番号
種目番号	名称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

印

（代理人名）

担当者名

連絡先（電話）

（FAX）

（email）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

電話 03-3964-1141(代) 内線 1231

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件名	診療材料の買入れ（単価契約）②（MRI 対応植込み型除細動器等）
----	----------------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営業種目		格付等級・順位	受付番号
種目番号	名称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

印

（代理人名）

担当者名

連絡先（電話）

（FAX）

（email）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

電話 03-3964-1141(代) 内線 1231

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件名	診療材料の買入れ（単価契約）③（整形用プレート等）
----	---------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営業種目		格付等級・順位	受付番号
種目番号	名称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

印

（代理人名）

担当者名

連絡先（電話）

（FAX）

（email）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

電話 03-3964-1141（代） 内線 1231

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件 名	診療材料の買入れ（単価契約）④（眼内レンズ等）
-----	-------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営 業 種 目		格付等級・順位	受 付 番 号
種目番号	名 称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

印

（代理人名）

担当者名

連絡先（電 話）

（FAX）

（email）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

電話 03-3964-1141(代) 内線 1231

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件 名	診療材料の買入れ（単価契約）⑤（経皮的脳血管形成術用カテーテル等）
-----	-----------------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営 業 種 目		格付等級・順位	受 付 番 号
種目番号	名 称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

（代理人名）

印

担当者名

連絡先（電 話）

（email）

（FAX）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

電話 03-3964-1141(代) 内線 1231

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件 名	診療材料の買入れ（単価契約）⑥（薬剤溶出ステント等）
-----	----------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営 業 種 目		格付等級・順位	受 付 番 号
種目番号	名称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

印

（代理人名）

担当者名

連絡先（電 話）

（FAX）

（email）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

電話 03-3964-1141(代) 内線 1231

申請書提出日 令和 年 月 日

見積競争参加希望申請書

件 名	診療材料の買入れ（単価契約）⑦（バルーンカテーテル等）
-----	-----------------------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んで下さい。

営 業 種 目		格付等級・順位	受 付 番 号
種目番号	名称		
019	医療用機械器具		
020	医薬品・診療材料・介護用品		

所在地

商号（名称）

代表者名

印

（代理人名）

担当者名

連絡先（電 話）

（FAX）

（email）

※ 東京都財務局に登録した受付票と同様に記載・押印してください。ただし、代理人の登録をしている場合は、代表者名及び代理人名を記載のうえ、受付票に押印した代理人印を押印してください。

1 希望申請書受付期間

令和5年1月23日（月）から令和5年2月6日（月）まで

※ 土・日・祝日を除く午前9時00分～午後5時00分

2 希望申請書送付・提出先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 総務課契約管財係

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

電話 03-3964-1141(代) 内線 1231