

申請書提出日 令和 年 月 日

指名競争入札参加希望申請書

件 名	感染症検査システム一式の購入
-----	----------------

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		

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

令和元年6月6日（木）から令和元年7月1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 1229