

申請書提出日 令和 年 月 日

見 積 競 争 参 加 希 望 申 請 書

件 名	検体検査委託（単価契約）
-----	--------------

希望申請申出者

※該当する営業種目を○で囲んでください。

営 業 種 目		格付等級・順位	受 付 番 号
種目番号 1 2 2 - 0 6	名称 検査業務－臨床検査		

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）

（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8年2月4日（水）から令和8年2月13日（金）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 1232