条件付一般競争入札参加資格確認申込書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

神奈川県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　本村　賢太郎　　様

業者コード

所在地

商号又は
名称

役職名及び
代表者名　　㊞

担当者名

電話番号

FAX

メールアドレス

※本広域連合に登録しているメールアドレスをご記入ください。

下記件名の入札に参加したいので、申込みします。

契約番号　　26072

件　　名　神奈川県後期高齢者医療広域連合情報システムソフトウェア使用料

事務担当：総務課財政係　　TEL045-440-6701　　FAX045-441-1500

【送付先メールアドレス】 keiyaku@union.kanagawa.lg.jp

〇電子メールにより、令和8年10月16日(金)　午後5時までに送付してください。

〇原本については、後日入札参加資格確認通知書を交付する際に提出していただきます。

＜通信欄＞

※受領後２日以内に返信します。万一返信が無い場合、事務担当までご連絡ください。

□　申込みを受け付けました。

参加資格審査後に「入札参加資格確認通知書」を登録メールアドレス宛に送信します。

令和8年10月19日(月)（予定）

（仕様書の交付は、令和8年10月19日(月)を予定しています。）