

入札参加申込書

平成 年 月 日

(あて先)

地方独立行政法人

京都市立病院機構 理事長

住 所

社名等

代表者

印

以下の入札案件に係る入札への参加を申し込みます。

件 名	京都市立京北病院臨床検査業務委託
入札期日	平成30年3月20日(火)午後1時
連絡先	担当者名 電話番号 () FAX 番号 ()