**兵庫県後期高齢者医療広域連合 入札参加申込書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）　兵庫県後期高齢者医療広域連合長

関係書類を添えて、下記申込件名の競争入札への参加を申し込みます。

なお、入札説明書に記載している入札に参加する者に必要な資格をすべて満たしていることを誓約します。違反した場合は、いかなる措置を受けても異議はありません。

【申込件名】

【業務名：令和４年度医療費分析業務】

【申込者】

１　所在地、名称及び代表者名等

|  |
| --- |
| 所在地　〒　　　－　　　　 |
| 商号又は名称　 |
| 代表者名 |
| TEL： |

２　担当者

|  |
| --- |
| 氏名　 |
| 所属部署名　 |
| TEL（直通）： |
| FAX： |
| メールアドレス： |

【申込先】

　　　兵庫県後期高齢者医療広域連合　総務課総務係

〒650-0021
兵庫県神戸市中央区三宮町１丁目９番１-1201号（センタープラザ12階）

TEL:（078）940-5501　E-mail：jimukyoku@kouiki-hyogo.jp

　※　本申込書は、メールで広域連合へ送信すること。

　※　その他詳細な条件は、入札説明書を参照すること。