

様式第 2 号

一般競争入札参加資格等確認申請書

年 月 日

社会福祉法人愛知三愛福祉会
理事長 池田 曠 あて

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

連絡先

担当者名

電話番号

メールアドレス

入札公告に示された下記業務の一般競争入札参加資格等確認資料を添えて入札参加資格等の確認を申請します。

なお、地方自治法施行令第 167 条の 4 に該当しない者、及び記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 公告年月日 2025 年 10 月 2 日
- 2 件 名 介護用ベッド・インカム並びに付属品の調達
- 3 納入場所 日進市米野木町南山 987 番 104
特別養護老人ホームのぞみ

様式第 2－1 号

一般競争入札参加資格等確認資料

商号又は名称

代表者職氏名

印

1. 同種業務の実績調書（様式第 3 号）

別添のとおり

2. その他指定する事項（様式第 4 号）

別添のとおり

様式第 3 号

同種業務の履行実績

商号又は名称

国及び地方公共団体	件名		
	発注者名		
	納入場所 (住所)		
	契約期間	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
	納入内容等		
その他	件名		
	発注者名		
	納入場所 (住所)		
	契約期間	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
	納入内容等		

(注) 過去 5 年間の同種業務等の履行実績について記入すること。

本件業務に配置予定の職種

業務区分	納入責任者	
従事予定者名		
役職名		
備考		

様式第 4 号

その他指定する事項

商号又は名称

項 目	内 容
愛知県、岐阜県、三重県内に本社、支店、営業所等を有する者であるか	有する ・ 有しない