

様式 1

臨床検査委託に関する資格審査申請書

年 月 日

(宛先)

社会福祉法人^{思賜}済生会支部

奈良県済生会

支部長 今川 敦史 殿

(申請者)

所在地

名 称

代表者

印

臨床検査受託の資格審査を申請します。なお記載内容については事実と相違ないことを誓約します。

項 目	病院と直接取引を行う本社又は支店・営業所等
名 称	
所 在 地	
代 表 者 氏 名	
電 子 メール ア ド レ ス	
設 立 年 月 日	年 月 日
管 理 責 任 者	
従 業 員 数	名
集 配 ま で の 所 要 時 間	分
本社等の当該病院に対する 契約等の権限	

奈良県の物品調達に関する競争入札参加登録資格等の状況

登録番号	登録年	営業種目	入札参加停止の有無