（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　６年　　月　　日

（宛先）

　長浜市病院事業管理者　髙折　恭一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**入札参加資格確認申請書**

　令和６年９月１７日付で入札公告のありました長浜市立湖北病院年末調整システムサービス利用について、参加する資格を確認されたく、次の書類を添えて申請します。

なお、当該公告に規定する参加資格要件については、すべて満たしていることを誓約いたします。

記

１　業務実績書（様式４）

　２　プライバシーマーク許諾書又は情報セキュリティマネジメントシステム（ISMS）登録証の写し

　３　ISO27017又はISO27018の認証又はSOC2Type2の保証報告書の写し

【連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ