

参加申込書

(件名) 石巻市立病院クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付者
選定に係るプロポーザル

標記プロポーザルについて、必要書類を添えて、参加の希望を表明します。

なお、「石巻市立病院クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付者選定に係る
プロポーザル実施要領」の4に規定する参加資格を満たしていること及び本申請書の
添付書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

平成 年 月 日

石巻市長 殿

【提出者】 住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

[添付書類]

- 1 事業実績調書（様式2）
- 2 発行後3か月以内の商業登記簿謄本
- 3 平成28年4月1日を基準日とし、直近1年間における国税（法人税及び消費税）、
都道府県民税（法人事業税）、市区町村税（法人市区町村民税、固定資産税）の納税証
明書又は未納がないことの証明書

担当者 連絡先	部署・職・氏名	
	電 話	
	e-mail	