

入札参加資格該当者 チェックシート
(西播磨総合リハビリテーションセンター 通勤バス運行管理・車両管理委託)

平成 年 月 日

1 申込者 所在地 【〒 - 】

商号又は名称

代表者職氏名

印

担当者氏名

電話番号

FAX番号

資格審査結果通知書等の送り先が上記の所在地と異なる場合はここに明記してください。
送り先住所:【〒 - 】

2 質問

(1) 兵庫県の入札参加資格者名簿に記載されていますか

①はい ②いいえ

(2) 社団法人兵庫県バス協会に会員登録してありますか

①はい ②いいえ

①はいの方は、社団法人兵庫県バス協会の会員証の写しを添付してください。

(3) 過去5年間以内に地方公共団体と取引実績があるか、社会福祉関連事業、病院関連事業等における実績を記入して下さい。

ア 名称[]
所在地[]
期間(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

イ 名称[]
所在地[]
期間(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

ウ 名称[]
所在地[]
期間(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

3 注意事項

(1) これは公告の入札参加資格を確認するための質問です。上記質問に無回答若しくは公告条件を満たさない者は、原則として入札に参加できません。