（別記様式３）

令和　　年　　月　　日

加西市病院事業管理者　　生田　肇　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者 | 商号または名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  連絡先電話番号 |

　市立加西病院プロポーザル参加申請に必要なため、下記の証明を申請します。

　（法人にあってはその代表者が完納されていることの証明も含む。）

　また、申請には以下の者を代理人として委任します。

（代 理 人）

　 　　　　　　 　　　　　 　印

【申請にあたっての留意事項】

・必要事項（枠内）記載のうえ、代表者印（個人の場合は、代表者個人の印（認め））を押印してください。

* 代表者が申請されるときは、本人確認できるもの（免許証等）を持参してください。
* 代理人が申請されるときは、代理人欄記名のうえ、代理人の印（認め）を押印してください。

また、代理人の本人確認できるものを持参してください。

**納　税　証　明　書**

　上記の者の市税および国民健康保険税につき、完納されていることを証明します。

令和　　年　　月　　日

〇　〇 市 長　　○　○　○　○