（様式第１号）

入札参加資格確認申請書

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構理事長　　殿

申請者住所

商号（名称）

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の一般競争入札に参加したいので，関係書類を添えて入札参加資格の確認を申請します。

記

１　委託業務の名称　　 平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機構職員定期健康診断等業務

２　添付書類

（１）入札公告３(1)ロ　　　 宮城県内に本社（本店）又は宮城県の物品調達等に係る競争入札参加業者登録簿に登載されている支店（営業所）を有していることが確認できる書類

（２）入札公告３(1)ハ　　　 県立病院機構から連絡するときの窓口となる担当者の名刺又は氏名及び連絡先を示す書面

（３）入札公告３(1)ニ　　　 受付票（様式第２号）

※提出部数　１部（申請書類一式をホッチキス等でまとめて綴じて下さい。）

（様式第２号）

**受　　付　　票**

（平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機職員定期健康診断等業務）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付者 |  |  |
| 番号 | 書　　　類　　　名 | 照　合 | 備　考 |
| １ | 入札参加資格確認申請書（様式第１号） |  |  |
| ２ | 宮城県の物品調達等に係る競争入札参加業者登録状況を示す書類 |  |  |
| ３ | 担当者の名刺又は氏名及び連絡先を占める書類 |  |  |
| ４ | 受付票（様式第２号，本書） |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付月日 |  |  |
| 商号又は名称 |  |
| 申請書担当者の職・氏名 |  | 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

※申請内容の問合せについて，説明可能な担当者及び電話番号等を記入してください。

※「受付票」及び「受領票」は，太枠内のみ記入してください。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－切り取り線－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

**受　　領　　票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付月日 |  |  |
| 商号又は名称 |  |

平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機職員定期健康診断等業務に係る一般競争入札参加資格審査申請書等関係書類を受領しました。

地方独立行政法人宮城県立病院機構本部事務局

※入札参加資格審査結果は，平成２９年３月２２日（水）午後３時以降に電子メールにより

送付します。

（様式第３号）

**質　問　書**

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構理事長　　殿

住所

商号又は名称

代表者役職氏名

〔担当者・連絡先〕

|  |  |
| --- | --- |
| 部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |
| ファクシミリ |  |
| E-Mail |  |

委託業務の名称　　平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機構職員定期健康診断等業務

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（備考）

* 質問は電子メールにより提出すること。
* 提出された場合，質問者あてに到達確認の返信を行うので，必ず御確認ください。

（様式第４号）

**入　札　書**

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

理事長　西條　茂　殿

住所

商号又は名称

（代表者が入札する場合）

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人が入札する場合）

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　地方独立行政法人宮城県立病院機構契約事務取扱規程を遵守し，下記金額をもって契約したいので入札いたします。

記

１　委託業務の名称

平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機職員定期健康診断等業務

２　入札金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 壱 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

円也

３　入札保証金　　　免　除

（備考）

・代理人が入札する場合は，代理人の氏名を記載し，委任状の受任者使用印鑑を押印すること。

・「入札単価内訳書（別紙（１））」を必ず添付し，ホッチキスで綴じて提出すること。

・入札金額には，課税業者であるか免税業者であるかに関わらず，消費税及び地方消費税抜きの額を記入すること。

・金額の前に「￥」または「金」を明記すること。

（様式第５号）

委　　任　　状

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構理事長　　殿

住所

商号（名称）

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は，　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め，下記業務の入札及び見積に関する一切の権限を委任します。

記

１　委託業務の名称　　平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機構職員定期健康診断等業務

|  |
| --- |
|  |

２　受任者使用印鑑

（様式第６号）

入　札　辞　退　届

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構理事長　　殿

住所

商号（名称）

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　平成２９年３月９日付けで入札公告のありました下記の件名に係る一般競争入札に応札することを表明し，入札参加資格確認申請書を提出しましたが，都合により入札を辞退します。

記

　委託業務の名称　平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機構職員定期健康診断等業務

（注）入札者等が入札書を提出しない場合は，入札調書において「失格」と表示，公表されますので，

入札参加資格確認通知受理後に入札辞退する場合は必ず事前に辞退届を提出願います。

（様式第７号）

契約保証金免除申請書

平　成　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構　理事長　殿

登録番号

住所

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

担当者

平成２９年３月２４日に開札（入札執行）した「平成２９年度地方独立行政法人宮城県立病院機構職員定期健康診断業務」に係る契約保証金を，次の理由により免除して下さるよう申請します。

（理由）

　過去２年間の間に国（公団含む），地方公共団体，地方独立行政法人又はこれらに準じる者とその種類及び規模をほぼ同じくする契約を，次のように２回以上にわたって締結し，かつ，誠実に履行したため。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約の相手方 | 契約業務名 | 契約金額 | 契約年月日 | 履行年月日 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（添付書類）

**①契約書（写）及び②履行が確認できる書類（受領書（写）等）を添付すること。**