様式第1号

**一般競争入札に関する質問書**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター 総 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式 |
| 番　号 | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（備考）

・欄が不足する場合は、変更の上利用してください。

・添書及び押印は不要です。本様式のみを電子メール等で送信してください。

様式第2号

入札参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター 総 長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

住　　 所

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者役職氏名

担　 当　 者

連　 絡　 先

　下記の一般競争入札に参加したいので、関係書類を添えて申請します。

記

1　入札(開札)年月日　　令和７年８月１日

2　件　　名　　 尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式

3　添付書類

(競争入札参加資格承認簿等に既に登載されている場合)

1. 競争入札参加資格承認簿等に登載されていることを確認できる書面
2. 受付票 (様式第3号)

(競争入札参加資格承認簿等に登載されていない場合)

1. 宮城県の物品調達等に係る競争入札参加業者登録申請に必要な書類一式
2. 受付票 (様式第3号)

様式第3号

**受　　付　　票**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名 | 尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式 |
| 受付者 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 番号 | 書　　類　　名 |
|  | 1 | 入札参加資格確認申請書（様式第2号） |
|  | 2 | 競争入札参加資格承認簿等に登載されていることを確認できる書面  もしくは宮城県の物品調達等に係る競争入札参加業者登録申請に必要な書類一式 |
|  | 3 | 受付票（本書） |
|  | 4 | 入札保証金免除申請書 (様式第4号) ※入札保証金免除を希望する場合のみ |
|  | 5 | 入札保証金免除を希望する理由に対する確証 ※入札保証金免除を希望する場合のみ |

受領印

名刺

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター

事務局財務グループ　加賀

電話　022-384-3151 (内線105)

FAX 022-381-1168

様式第4号

入札保証金免除申請書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター 総 長 殿

申請者

住　　　　所

商号又は名称

代表者役職氏名　　　　　　　　　　 　印

令和７年８月１日に開札(入札執行)される「尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））一式」に関する入札保証金を、次の理由により免除して下さるよう申請します。

[ 理由 ] ※いずれかの番号を○で囲んでください。

* 1. 保険会社との間に地方独立行政法人宮城県立病院機構を被保険者とする入札保証保険契約を締結した場合

・当該保険証券の原本を添付すること。

* 1. 過去2年間の間に国又は地方公共団体とその種類及び規模をほぼ同じくする契約を締結し、かつ、誠実に履行した場合

・下記の表に契約履行実績を記すとともに、履行した契約に係る契約書の写しを添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約の相手方 | 契　　約　　名 | 定　価 | 契約金額 | 契約年月日 | 履行年月日 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 記入欄が不足する場合には、適宜，記入欄を追加したり拡げたりして記載してください。

様式第5号

入　　　札　　　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター 総 長 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を締結したいので入札いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

1 件 名 尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式

2 施行場所 宮城県立がんセンター

3　入札金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 円也 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4　入札保証金  円也 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 代理人が入札するときは、代理人の氏名を併記し、当該代理人が押印して下さい

※ 入札保証金を免除された場合は、4の金額欄には「免除」と記載してください。

様式第6号

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター 総 長 殿

住所

商号又は名称

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

1 入 札 日 令和７年８月１日（金）

2 件 名 尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式

　　　　受任者印鑑

様式第7号

**入　札　辞　退　届**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター 総 長 殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　令和　年　月　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

1 入 札 日 令和７年８月１日

2 件 名 尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式

(注)入札者が入札書を提出しない場合には、入札調書において「失格」と表示，公表されますので、入札開始前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。

(※入札書を提出する前に限り、入札を辞退することができます。)

様式第９号

契約保証金免除申請書

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人宮城県立病院機構

　　宮城県立がんセンター　総長　殿

住所

商号又は名称

代表者氏名 　　　　　　　　　　印

担当者

連絡先電話番号

　地方独立行政法人宮城県立病院機構契約事務取扱規程第28条の規程により、下記契約に係る契約保証金を免除されるよう申請します。

記

１　件名　尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式

２　理由（該当する番号を○で囲んでください）

（１）履行保証保険契約を締結したため（保険証券原本又は契約書の写し添付）

（２）過去2年の間に国、地方公共団体、独立行政法人又は地方独立行政法人との種類及び規模をほぼ同じくする契約を2回以上にわたって締結し、かつ、誠実に履行したため（履行実績が確認できる契約書等書類の写しを添付）

※入札保証金免除申請時に（２）を提出している場合は、添付不要。

※上記以外の理由による場合は、その理由を記載すること。

届 出 書

令和　年　月　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター　総長　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の契約締結にあたり、当事業者は消費税法に規定する

課税事業者

（いずれかを＝線で抹消すること）であることを届出します。

免税事業者

記

件　　名　　　　尿流量測定装置（フロースカイ（UM-100））　一式