様式１

福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託

条件付一般競争入札に関する質問書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福島県ふたば医療センター附属病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託 |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式２

条件付一般競争入札参加資格確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福島県ふたば医療センター附属病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者　　　　　　　　　　　　　）

令和５年３月１日付けで公告のありました福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託に係る入札参加資格に係る入札参加資格の確認に必要な書類について、下記のとおり提出します。

なお、提出書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　添付書類

（１）過去２年の間、本件業務又は福島県内の他病院（病床数30床以上のものに限る）での同等業務を複数履行した実績として、実績の分かる証明書（任意様式）又は契約書の写し等

（２）患者等給食業務に関する医療関連サービスマークの認定を受けていることを示すため、同認定証書の写し

様式３

福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託

条件付一般競争入札参加資格確認通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　福島県ふたば医療センター附属病院長

　先に申請のありました福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託に係る参加資格について、下記のとおり確認しましたので、お知らせします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 公 告 日 | 令和５年３月１日 |
| 件　　名 | 福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託 |
| 本公告に係る入札参加資格の有無 | 有 |  |
| 無 |  |
| 入札参加資格がないと認めた理由 |  |

※１　入札参加資格がないと通知された方は、入札参加資格がないと認めた理由について説明を求めることができます。

２　この確認通知書は、入札書の開札日に入札執行者から入札参加資格を確認するため提示を求められますので、開札日に必ず持参してください。

様式４

入　　札　 書 （見　積　書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額（税抜） | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

業 務 名　　福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託

業務箇所　　福島県ふたば医療センター附属病院

　　　　　　（福島県双葉郡富岡町大字本岡字王塚８１７－１）

業務概要　　上記業務箇所における患者給食業務

履行期間　　令和５年４月１日から令和６年３月３１日の終日

上記のとおり入札（見積）いたします。

令和 　 年　 月 　 日

住 　 所

商号又は名称

代表者職・氏名 印

 （代理人 氏名 　 印　）

 ※（押印を省略する場合のみ余白に記載）

本件責任者　氏名

所属部署名

連絡先（電話番号）

本件事務担当氏名

所属部署名

連絡先（電話番号）

福島県ふたば医療センター附属病院長

 注）１ 金額の文字の頭に、￥を付すこと。

　　 ２ 入札書として使用する際は、見積書の文字を二重線で消し込むこと。（見積書として使用する際は、入札書の文字を二重線で消し込むこと。）

　　 ３ 再度入札（見積）の場合は、入札（見積）書の前に「再」と記入すること。

様式５

委　　　　任　　　　状

私は都合により下記の者を代理人と定め、下記事項を委任します。

記

令和５年３月２３日に執行される福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託の入札及び見積に関する一切の権限。

令和　　年　　月　　日

福島県ふたば医療センター附属病院長

委任者　住 所

 　　　　商号又は名称

 　　　　代表者職氏名 　　 　　　　　　印

受任者　職名又は住所

 　　　　氏 名 　　　　　　 　 印

 ※（押印を省略する場合のみ余白に記載）

本件責任者　氏名

所属部署名

連絡先（電話番号）

本件事務担当氏名

所属部署名

連絡先（電話番号）

様式６

入札保証金納付免除申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福島県ふたば医療センター附属病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度福島県ふたば医療センター附属病院患者給食業務委託に係る条件付一般競争入札の入札保証金の納付を免除されたく、下記の書類を添えて申請します。

記

１　入札保証保険契約を締結したことを証する書面（保険証書）の写し

２　入札参加者が、過去２年間に国及び地方公共団体等と規模をほぼ同じくする契約を数回にわたり締結し、これらをすべて誠実に履行（契約履行中のものは含まない）したことを証する業務実績証明書（様式６－１）

※　提出書類により１又は２に○印を付すこと。

様式６－１

業務実績証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発注機関 |  |
| 委託件名 |  |
| 納入場所 |  |
| 契約年月日 |  |
| 契約金額 |  |
| ２ | 発注機関 |  |
| 委託件名 |  |
| 納入場所 |  |
| 契約年月日 |  |
| 契約金額 |  |

※　業務実績を証明するものとして、契約書の写しを添付すること。

※　様式２　１（１）と添付書類が重複する場合は、添付書類の省略可。

※　欄が不足する場合は、複写の上記入すること。（複数頁可）