様式１

一般競争入札参加資格確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

福島県病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　※（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）

【本件事務担当者】

氏名

所属部署名

連絡先（電話番号）

　令和６年６月４日付けで公告のありました県立大野病院内残置物撤去・処分業務に係る入札参加資格について確認を受けたいので、下記の書類を添えて申請します。

　なお、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４第1項及び第2項の規定に該当しない者であること、さらに添付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　高度管理医療機器等販売及び賃貸業許可証及び医療機器修理業許可証の写し

２　古物商の許可証の写し

３　産業廃棄物に係る収集運搬業、処分業に関する許可証の写し

４　特別管理産業廃棄物係る収集運搬業、処分業に関する許可証の写し

５　建築物石綿含有建材調査者及び石綿作業主任者の資格者証の写し

６　とび・土工工事業の許可証の写し

７　受託実績証明書（様式３）

(注)　返信用封筒として、表に申請者の住所及び商号又は名称を記載し、簡易書留料金を　加えた所定の料金の切手をはった長３号封筒をこの申請書と併せて提出してください。

様式２

一般競争入札参加資格確認通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福島県病院事業管理者　　　印

　さきに申請のありました県立大野病院内残置物撤去・処分業務に係る入札参加資格について、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６年６月４日　 |
| 工事名 | 県立大野病院内残置物撤去・処分業務　　 |
| 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 |
|  |

　（注）１　入札参加資格がないと通知された方は、理由の説明を求めることができますので、説明を求める場合は、令和６年７月９日（火）午後５時までにその旨を記載した書面を提出してください。

　　　　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３

受託実績証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 記　　載　　事　　項 |
| 150床以上の病院における医療機器並びに什器及び備品類等の分別や撤去、処分、引取等に係る業務を履行した実績 | 業務名 | 発　注　者 | 契約期間 | 業　務　の　概　要 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |

※業務実績を証明するものとして、契約書の写し、仕様書の写しを添付すること。

　なお、実績は本店・支店を問わない。

様式４

(ファクシミリ送信（番号024-521-7924））

入札説明書等に関する質問書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

福島県病院事業管理者

入札参加者　　住　　　　　所

商号又は名称　　　　　　　　　　（代表者印省略）

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　- 　 -　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファクシミリ（　　 - - 　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委　託　名 | 　県立大野病院内残置物撤去・処分業務 |  |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |

様式５

入札説明書等に関する回答書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福島県病院事業管理者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委　託　名 | 県立大野病院内残置物撤去・処分業務 |  |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |
| 回　　　　　答　　　　　事　　　　　項 |
|  |

様式６

入　　札　　書（見　積　書）

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

委託名　　県立大野病院内残置物撤去・処分業務

委託場所　　福島県立大野病院　福島県双葉郡大熊町大字下野上字大野98-１

履行期限　　令和７年３月３１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

※（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）

【本件事務担当者】

氏名

所属部署名

連絡先（電話番号）

　　福島県病院事業管理者

注）１　入札書として使用する際は、見積書を二重線で消し込むこと。（見積書として使用する場合は、入札書を二重線で消し込むこと。）

２　金額の文字の頭に、￥を付すこと。

 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７

 ｷﾘﾄﾘ線

 **入札書等在中**

|  |  |
| --- | --- |
| 開 札 日 | 令和６年７月１９日 |
| 事 業 名 | 県立大野病院内残置物撤去・処分業務 |
| 施行箇所 | 福島県立大野病院（福島県双葉郡大熊町大字下野上字大野98－１） |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 連絡先（ＦＡＸ番号） |  |

ｷﾘﾄﾘ線

様式８

**委　　　任　　　状**

　私は下記の者を代理人と定め下記事項を委任します。

記

　令和６年７月19日に執行される「県立大野病院内残置物撤去・処分業務」の入札及び見積に関する一切の権限。

令和　　年　　月　　日

　福島県病院事業管理者

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９

**入札保証金納付免除申請書**

令和　　年　　月　　日

福島県病院事業管理者

申請者　　住　　　　　所

商号又は名称

代表者職・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）

　「県立大野病院内残置物撤去・処分業務」に関する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（保険証券）

２　入札参加者が過去２年間に国又は地方公共団体、独立行政法人、国立大学法人又は地方独立法人とその種類及び規模を同じくする契約を数回にわたり締結し、これらをすべて確実に履行したことを証する受託実績証明書（様式３）。

（注）提出書類により１又は２に○印を付すこと。