様式第４号

入札（見積）委任状

令和　　年　　月　　日

　（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立精神医療センター病院長

　長尾　眞理子　あて

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　上記代理人

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　　私は、　　　　　　　　印　を代理人と定め、下記案件に関する入札（見積）の一切の権限を委任します。

記

件　　名：　入館者健康確認業務

業務場所：　埼玉県立精神医療センター

（注意事項）

　１　委任者の印は、法人にあってはその権限を有する者の印とする。

　２　受任者の印は認印でも差し支えない。

様式第５号

入札（契約）保証金還付請求書

 （宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立精神医療センター病院長

　長尾　眞理子　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |
| 代表者名 |  | 印　 |

　金額の頭部に￥マークを記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

　上記、（購入等件名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　に係る入札（契約）保証金の還付を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |

様式第６号

**入札辞退届**

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　埼玉県立精神医療センター病院長

　　長尾　眞理子　あて

　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　代表者名

　次の調達について入札参加の意思を表明しましたが、都合により入札を辞退します。

１　購入等件名及び予定数量

入館者健康確認業務　一式

２　公告年月日

令和　年　月　　日

【連絡先】　（担当者所属）　　　　　　　　　　（担当者氏名）

（電話番号）　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）

（メールアドレス）