様式第１号

一般競争入札参加資格確認申請書

　　令和　年　　月　　日

（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

下記調達案件について、必要な資料等を添えて入札参加資格の確認を申請します。

なお、地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程第３条第２項各号に該当しない者であること、当調達案件に係る入札公告に掲げられた資格条件を全て満たしていること、及び提出書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　公告年月日

令和６年２月２０日

２　調達する役務の件名

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式

３　添付書類等

（１）格付けについての証明書類

（２）サイバー保険に係る告知事項

４　連絡先

（１）担当者所属・氏名

（２）電話番号

（３）メールアドレス

様式第２号

（宛先）

埼玉県立病院機構本部　総務・研修・システム担当　阪井

電　話 ０４８－７４８－３２３７（直通）

e-mail a5970-10@saitama-pho.jp

※提出期限：令和６年２月２６日（月）午後５時（電子メールによる）

質問書

令和　年　　月　　日

商号又は名称　：

担当者所属氏名：

連絡先電話番号：

連絡先 E-mail ：

次の通り質問を提出します。（資料の添付　有・無）

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名、該当頁 | 見出番号等 質問事項 |
| 質問１ | （例）仕様書　１頁　２(3) | ※質問の意図が明確に分かるよう、具体的な事例などを踏まえて質問事項を記載してくだい。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※質問事項には、質問者が特定できる企業名や個人名等を記入しないでください。

※質問の内容によっては、資料等を添付してください。

※この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成してください。

様式第３号

入札書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　上記代理人

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程に従い、地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険一式の仕様書等を熟知したので下記のとおり入札します。

記

公 告 日：令和６年２月２０日

件　　名：地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 億 | 千　 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

くじ入力番号

（注意事項）

１　金額は算用数字で記入し、**頭部に￥を付記すること。**

２　代理人による入札の場合の印は、代理人印のみでよいこと。

３　くじ入力番号欄には任意の３桁の数字（０００～９９９）を記載すること

様式第４号

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理事長

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　上記代理人

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

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

記

公 告 日：令和６年２月２０日

件　　名：地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式

（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

辞退届

令和　年　　月　　日

　（宛先）

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長

 所在地

 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

　下記案件について、都合により入札への参加を辞退します。

記

１　件　名　地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式

２　公告日　令和６年２月２０日

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

e-mail

様式第７号

入札（契約）保証金免除申請書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長

 所在地

 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

　下記の一般競争入札について、地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程第６条に掲げる場合に該当するので、必要書類を添えて、入札（契約）保証金の免除を申請します。

記

１　調達件名及び数量

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式

２　公告日

　　令和６年２月２０日

３　添付書類　　　　　　　　　　　　　　　　　（いずれかに○を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　類 | 必　要　書　類 | 提出書類 |
| 保険契約の場合 | ① 履行保証保険証書（原本） |  |
| 契約保証の予約の場合 | ① 契約保証の予約を証する書類（原本） |  |
| 履行実績の場合（\*1） | ① 様式第９号「契約の履行について」② 過去５年度以内に履行した本業務と同種同規模の契約書またはそれに準じるものの写し２件分③ ②の履行が確認できる書類 |  |

　\*1　埼玉県立病院機構を相手方とする契約については、③の提出を省略することができます。（①及び②は提出してください。）

　※　③の書類とは、契約の相手方が発行した契約履行証明書（コピー可）、契約の相手方が作成した完了検査調書のコピー、振込金額や相手方が記録された部分の通帳のコピー、などを指します。

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

e-mail

様式第８号

入札（契約）保証金還付請求書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長

 所在地

 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

　入札（契約）保証金について、下記のとおり還付請求します。

記

１　調達件名及び数量

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産等保険　一式

２　公告年月日

　　令和６年２月20日（火）

３　請求金額

　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　（参考として、払込書兼領収書の写しを添付します。）

４　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 口座名義（カタカナ） |  |
| 口座種別 | 普通預金 |  | 当座預金 |  | ※いずれかに〇を付す。 |
| 口座番号 |  |

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

e-mail

様式第９号

契約の履行について

　契約相手方の検査に合格し、契約を履行した実績は、次のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 履行済契約① | 履行済契約② |
| 契約締結日 | 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 契約相手方名 |  |  |
| 契約件名 |  |  |
| 契約金額 |  |  |
| 契約期間＊契約書上に記述が無い場合は、上段に契約締結日、下段に納入期限を記載する。 | 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 契約相手方担当者の所属名、職名及び氏名 |  |  |
| 契約相手方担当者の連絡先 | TEL |  | TEL |  |
| FAX |  | FAX |  |
| 添付書類 | 契約を証明する書類（契約書の写し 等） |  |  |
| 履行を証明する書類（契約履行証明 等） |  |  |

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

住所

事業者名

代表者職氏名