様式第２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

　埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

（法人の場合は、法人所在地、名称又は商号及び代表者の職・氏名）

住　　所

氏　　名

　下記調達案件について、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、及び下記の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　調達件名

　　埼玉県立循環器・呼吸器病センター夜間看護補助業務に係る労働者派遣

２　公告年月日

　　令和８年１月９日（金）

３　競争入札参加資格要件　　　　　　　　　　　（該当するものすべてに○を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)契約事務取扱規程 | 契約事務取扱規程第３条第２項各号、第３条第３項各号に該当しない。 |  |
| (2)業種・格付 | 「催物、映画、広告、その他の業務」の「その他業務」のＡ等級で「人材派遣業務」に申請登録している。 |  |
| (3)入札参加停止措置 | 入札公告から落札決定の間で当該措置に該当しない。 |  |
| (4)暴力団排除措置 | 当該要件に該当しない。 |  |
| (5)所在地 | 入札参加資格者名簿の所在地要件が「管轄内」又は「準管轄内」であること。 |  |
| (6)履行実績 | 過去３年において、３００床以上の病院で１契約１１名以上の夜間看護助手派遣業務を１件以上かつ１年間以上継続して履行した実績がある。 |  |
| (7)労働者派遣 | 労働者派遣に基づく許可事業者であること。 |  |
| (8)個人情報保護 | ＩＳＭＳ認証又はプライバシーマークの認証を受けている。 |  |

４　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |