様式第４号

押印不要

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

　埼玉県立精神医療センター病院長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　下記のオープンカウンタ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２６条第２項に掲げる場合に該当するので、契約保証金の免除を申請します。

記

１　 調達案件名称及び数量

　　 血液凝固分析装置の購入　１台

２　公告日

　　令和８年１月１５日（木）

３　添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　類 | 必　要　書　類 | 提出有無 |
| 保険契約の場合 | 契約保証保険契約証券（原本） |  |
| 履行実績の場合  （\*1） | 当該年度を含め過去５年度以内に２回以上全て誠実に履行したことがわかるもの |  |

（該当する欄に○を付してください。）

\*1　①過去の契約の履行を証明する書類と②その契約書の写しを提出してください。

　　　ただし、埼玉県立循環器・呼吸器病センター、埼玉県立がんセンター、埼玉県立小児医療センター、埼玉県立精神医療センターを相手とする契約である場合については、①履行を証明する書類の提出を省略することができます。（②は必要です。）

【連絡先】 担 当 者

電話番号

様式第５号

押印不要

契約の履行について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 履行済契約① | 履行済契約② |
| 契約締結日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 契約相手方名 |  |  |
| 契約件名 |  |  |
| 契約金額 |  |  |
| 契約期間 | 年　　月　　日  ～  　　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日  ～  　　　　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 | 電話：  ＦＡＸ： | 電話：  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  （履行証明書　等） |  |  |

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名