

## 競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人 奈良県立病院機構  
奈良県総合医療センター 理事長 殿

所在地

商号又は名称

代表者名

印

電話番号

FAX番号

メールアドレス

下記の入札案件に参加したいので、必要書類を添えて次のとおり資格の確認を申請します。  
なお、この申請書及び添付書類の内容については事実と相違ないこと、並びに地方独立行政法人  
奈良県立病院機構契約規程第4条の規定に該当しない者であることを誓約します。  
併せて、落札者と決定した場合は、仕様書の内容について実現することを誓約します。

(件名: オプジーボ点滴静注240mg 150V )

注) 文章は変更しないでください。

## 添付書類

- 1 奈良県物品購入等競争入札参加資格を有することを証明する書類 (写し)
- 2 医薬品販売業卸許可証の写し
- 3 納品までの所要時間が2時間以内出有ることを示す書面 (任意様式)
- 4 緊急納入に備え、宿日直体制若しくは連絡体制が整っていることを示す書面 (任意様式)

なお、奈良県立病院機構の令和2年度医薬品取引業者資格審査の結果、令和2年度医薬品取引業者として決定している場合は、その決定通知の写しをもって1～4を証明することができるものとする。

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 財務課 用度係 宛

## 質 疑 書

物件名 オプジーボ点滴静注240mg 150V

項目	質問内容

※「項目」には該当箇所がわかるようページ、項等（仕様書P.○の(2)等）を記入すること。

※欄が不足する場合は、追加すること。

発信者： 商号又は名称

担当者名

TEL — —

メールアドレス

送信先メールアドレス：sogo-yodo@nara-pho.jp

※質疑書を送信した際は、必ず下記の番号（奈良県総合医療センター 財務課 用度係）へ質疑書を送信した旨の連絡をし、メール受信確認をしてください。

電話番号 0742-52-4820（財務課 直通）

# 入札書

金額

金			百万			千			一

円

内 訳

オプジーボ点滴静注240mg  
契約期間の購入予定数量：150V

### 【入札価格の計算】

1V単価 \_\_\_\_\_ 円 × 150V = \_\_\_\_\_ 円 (税抜)

### 注意事項

- 入札価格は1Vあたりの単価に購入予定数量を乗じた価格を記入してください。
- 税抜き価格で記入してください。
- 最低の価格を持って申込をした者を落札者とします。

入札説明書および仕様書に承諾の上、

上記のとおり入札します。

令和      年      月      日

地方独立行政法人 奈良県立病院機構  
奈良県総合医療センター 理事長 殿

入札者

所在地

商号又は名称

代表者名

印

(代理人 氏名

印 )

(入札書記載例)

1. 入札は1Vあたりの単価に購入予定数量を乗じた価格で行います。
2. 記載金額は、税抜価格を記入してください。
3. 入札時には封筒を持参してください。(入札箱に投函する際は、封緘してください。)
4. 入札は再入札が起こりえますので、入札書は2枚用意してください。

<h2 style="margin: 0;">入 札 書</h2>									
金額			百万			千			
金									円
<p>内 訳</p> <p>オプジーボ点滴静注240mg 契約期間の購入予定数量：150V</p> <p><b>【入札価格の計算】</b></p> <p>1V単価 _____ 円 × 150V = _____ 円 (税抜)</p>									
<ul style="list-style-type: none"><li>• 入札価格は1Vあたりの単価に購入予定数量を乗じた価格を記入してください。</li><li>• 税抜き価格で記入してください。</li><li>• 最低の価格を持って申込をした者を落札者とします。</li></ul>									
<p>入札説明書および仕様書に承諾の上、上記のとおり入札します。</p> <p>令和    年    月    日</p> <p>地方独立行政法人 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">入札者 所在地    ○○○○                   商号又は名称 ○○○○                   代表者名    ○○○○</p> <p style="text-align: right;">(代理人 氏名 ○○○○ )</p>									

③入札価格の計算結果を  
転記してください

①1Vあたりの単価を  
記入してください

②110Vを乗じた金額を  
記入してください

※代理人が応札される場  
合、代理人の記名押印  
(委任状に押印してある  
受任者印)がないものは  
無効になります。

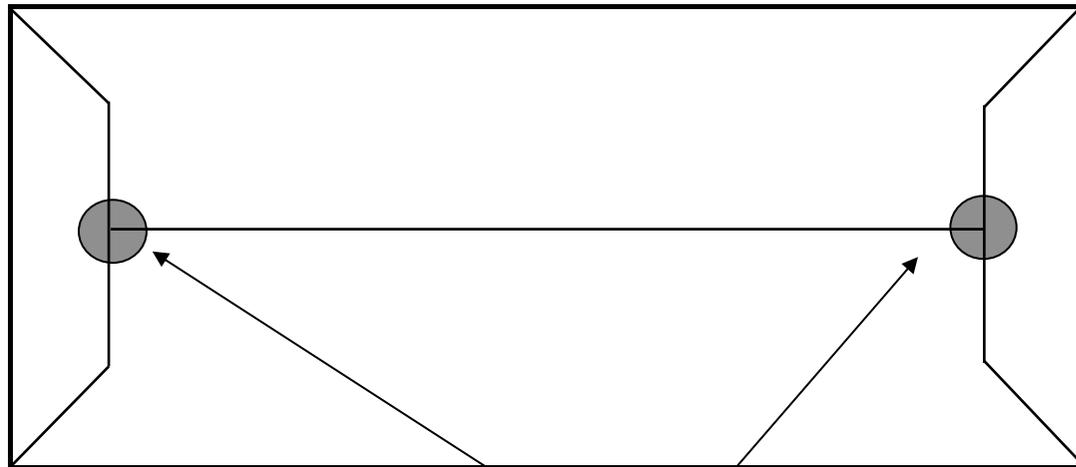
(封筒記載例)

〈表面〉

奈良県総合医療センター  
オプジーボ点滴静注240mg 150V  
入 札 書 令和 年 月 日  
入札者指名 \_\_\_\_\_ ○○○○

代理人が応札される場合は、代理人の記名

〈裏面〉



入札使用印で封緘

(代理人が応札される場合は、代理人の印鑑で封緘)

# 委任状

令和 年 月 日

地方独立行政法人 奈良県立病院機構  
奈良県総合医療センター 理事長 殿

私は、下記の者を代理人と定め、下記の物件の入札と見積に関する一切の権限を委任します。

## 記

1 物件名

オブジーボ点滴静注240mg 150V

2 代理人氏名

\_\_\_\_\_



委任者

所在地 \_\_\_\_\_

商号又は名称 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

## 入札保証金免除申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構  
奈良県総合医療センター 理事長 殿

住所

名称

代表者

印

同業務として、下記のとおり契約実績があります。下記については、確実に業務を実施しており、契約不履行の事実はありませんので、地方独立行政法人奈良県立病院機構契約規程第5条第1項2号に基づき入札保証金の免除をしていただきたく申請します。

契約年月	契約者	納入施設	主な仕様	契約金額
年 月				
年 月				
年 月				

記載要領：原則として、次の条件に該当する契約実績とする。

- ・契約年月：過去2年以内のもの。
- ・契約者：国、地方公共団体又は独立行政法人。
- ・主な仕様：概ね本契約と同種類のもの。
- ・契約金額：概ね本件と同規模のもの。
- ・2件以上記載すること。

# 辞 退 届

令和 年 月 日

地方独立行政法人 奈良県立病院機構  
奈良県総合医療センター 理事長 殿

所在地 \_\_\_\_\_

商号又は名称 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の件について、以下の理由により辞退いたします。

## 記

1 物件名 オブジーボ点滴静注240mg 150V

2 入札日 令和 年 月 日

3 辞退理由

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_