

奈良県総合医療センター 御中

商号又は名称:

代表者職氏名:

(担当者職氏名:)

FAX番号:

メールアドレス:

質問書(メールによる質問用紙)

次の入札物件について下記のとおり質問します。

入札物件名 : 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
感染性廃棄物処理業務委託

記

No.	資料名	ページ	項目番号	質問内容

(注)「資料名」、「ページ」欄は、入札説明書、仕様書等の別と、それぞれの該当ページを記載してください。

感染性廃棄物処理業務委託 競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 院長 殿

代表者(収集運搬業者・中間処理業者)

業務提携者(収集運搬業者・中間処理業者)

(住所) 〒 —

(住所) 〒 —

名称(商号)

名称(商号)

代表者名

代表者名

印

印

電話番号 — —

電話番号 — —

FAX番号 — —

FAX番号 — —

本県登録番号

本県登録番号

Q—

Q—

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の感染性廃棄物処理業務の委託一式に係る一般競争入札に参加したいので、別紙のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、地方独立行政法人奈良県立病院機構契約規程第4条に該当する者でないこと及びこの申請書のすべての記載事項及び添付書類については、事実と相違ないことを誓約します。

連絡先	
住所	
会社名	
氏名	
電話番号	
FAX番号	

感染性廃棄物処理業務の具体的計画

1. 配置予定の業務責任者(役職及び氏名)

(役職)

(氏名)

2. 収集運搬従事者数

人

3. 収集運搬車1台当たりの従事者数

人

4. 輸送経路

出発地～センター～中間処理場のルートに記載し、地図も添付してください。※各センターを出発した後は、不慮の事故等やむを得ない場合を除き、原則として中間処理場へ直行するものとします。

5. 積込み及び積下ろしの方法(手積み・機械積み、手順等)

6. 収集運搬車への緊急時の連絡体制

(連絡手段、体制等具体的に:携帯電話・無線機・その他)

7. 中間処理の方法及び施設の概要

(施設設備の種類・名称、処理能力、廃棄物処理法に基づく感染症廃棄物処理マニュアルに基づく運用状況等できるだけ詳細に)

8. 最終処分方法及び最終処分地の概要

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 院長 殿

住所

法人名

代表者名

印

契 約 実 績

感染性廃棄物の収集運搬（国又は地方公共団体を相手方とする最近の主なものを複数契約記載のこと。）

契約の相手方	契約期間	契約金額	収集運搬量	単位
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		

感染性廃棄物の中間処理（国又は地方公共団体を相手方とする最近時の主なものを複数契約記載のこと。）

契約の相手方	契約期間	契約金額	収集運搬量	単位
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	円		

※収集運搬と中間処理業者が異なる場合は、この様式を複写のうえ、業者ごとの実績として該当箇所へ記入してください。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 院長 殿

住所 _____

法人名 _____

代表者名 _____ 印

業 務 提 携 書

特別管理産業廃棄物(感染性)収集運搬業者 (以下「甲」という。)

特別管理産業廃棄物(感染性)中間処理業者 (以下「乙」という。)

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の感染性廃棄物処理業務委託の一般競争入札に参加するにあたり、下記のとおり業務提携を行うものとする。

記

1. 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が排出する特別管理産業廃棄物(感染性医療廃棄物)について、甲がその収集運搬を行い乙の中間処理場に搬入し、乙はその中間処理を行うものとする。

2. 業務提携の期間 業務提携締結の日から令和8年3月31日まで

3. その他の条件 甲乙間で、別途定めるものとする。

この業務提携を証するため、本書3通を作成し、甲乙各自1通を保有し、1通は入札参加申込兼参加資格確認申請の際に奈良県総合医療センター院長に提出するものとする。

令和 年 月 日

甲〔特別管理産業廃棄物(感染性)収集運搬業者〕

住 所

氏 名

印

乙〔特別管理産業廃棄物(感染性)中間処理業者〕

住 所

氏 名

印

誓 約 書

委託期間中に失効する許可等
(例)

許可等の名称	許可等期限	許可申請等の相手方
(例)特別管理産業廃棄物収集運搬業許可証	2022 年 7 月 3 日	奈良県
(例)特別管理産業廃棄物処分業許可証	2022 年 10 月 1 日	堺市
(例)自動車検査証	2022 年 5 月 1 日	奈良運輸支局

許可等の名称	許可等期限	許可申請等の相手方
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	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の感染性廃棄物処理業務委託の入札に参加するにあたり必要とされている許可等について、上記のものは委託期間中に期限等を迎え失効することとなりますが、関係法令等に基づき遅滞無く更新等の手続きをとることを誓約いたします。

※収集運搬業者と中間処理業者が異なる場合は、この様式を複写のうえ、業者ごとに記入してください。

※収集運搬車両についても、自動車検査証の有効期間が満了するものについては記入してください。

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 院長 殿

住 所

法人名

代表者名

印

※委託期間は「令和8年3月31日まで」ですのでご注意願います。

感染性廃棄物処理業務履行確認書

項 目	内 容	
契約名称		
契約年月日	年	月 日
契約期間	年	月 日 ~ 年 月 日
契約病院概要	病院名	
	病床数	床
	住所	
	担当部署	
	電話番号	
請負業者名	会社名	
	代表者名	
	住所	
履 行 証 明		
<p>上記契約が誠実に履行されたことを認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">奈良県総合医療センター 院長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">法人等名</p> <p style="text-align: center;">担当部署名 印</p>		

注1) 国、地方公共団体又は民間の100床以上の病院との種類・規模をほぼ同じくする契約について、収集運搬業者、中間処理業者それぞれ1契約以上記入してください。複数枚にわたる場合は番号を付してください。

注2) 「履行証明」欄は、契約の相手方に証明してもらってください。なお、当該様式にかえて契約書の写しを提出することも可能です。

入札書記載例

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感染 性廃棄物処理業務委託	
入 札 書 金 〇〇〇 円	← 見積もった金額の 110分 の100に相当 する金額(消費税抜 き金額)を記入して ください。
ただし、 委託名 履行場所	内訳 (収集運搬料 〇〇〇円) (中間処分料 〇〇〇円) 地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医 療センター感染性廃棄物処理業務委託 奈良県奈良市七条西町二丁目897-5 奈良県総合医療センター内
上記のとおり入札します。 令和 年 月 日 奈良県総合医療センター 院長 殿	
入札者 住 所 〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇 印 (代理人) 印	← 登録印を押印してく ださい。 ← 代理人で応札され る場合は、委任状 に押印している受 任者印で入札してく ださい。

留意事項

入札書を入れる封筒の記載事項及び封印について

(1) 封筒表面の記載事項(当該入札の特定のため)

① 物件名 ② 入札日 ③ 業者名(代理人名) を記載すること。

(2) 封筒の封印について

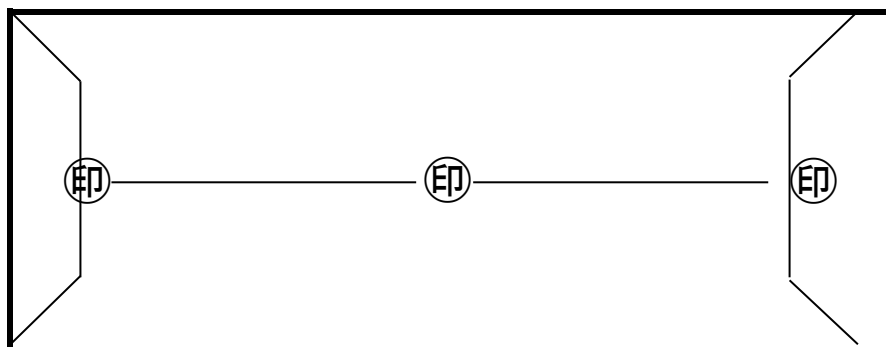
代表者の印又は委任を受けた者の印(どちらでも可)

【例】

表

入 札 書 在 中	
奈良県総合医療センター 院長 松山 武 様	
物件名	地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医 療センター感染性廃棄物処理業務委託
入札日	令和 年 月 日
業者名	〇〇〇〇〇〇(株) 代表者 〇〇〇〇 (代理人名 〇〇〇〇)

裏



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感染性廃棄物処理業務委託

入 札 書

金 _____ 円

内訳

収集運搬料	_____ 円
中間処分料	_____ 円

ただし、

委託名 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
感染性廃棄物処理業務委託

履行場所 奈良県奈良市七条西町二丁目897-5 奈良県総合医療センター内

上記のとおり入札します。

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 院長 殿

入札者 住 所

氏 名

印

(代理人)

印

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感染性廃棄物処理業務委託

委 任 状

私は、
任します。 を代理人と定め、下記入札に関する権限を委

委託名 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
感染性廃棄物処理業務委託

履行場所 奈良県奈良市七条西町二丁目897-5 奈良県総合医療センター内

受任者	
使用印	

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 院長 殿

入札者 住 所

氏 名

印