

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: \_\_\_\_\_

## 質問書(FAX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  
産業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。

**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産業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産業廃棄物処理業務委託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	

様式 3-1

## 非感染性産業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/台

4. 輸送経路

※出発地～奈良県総合医療センター～中間処理場のルートに記載し、地図も添付してください。

※医療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する。

5. 積み込み及び積み下ろしの方法(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・体制等具体的に記載してください。  
例: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、廃棄物処理法及び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

住所

法人名(商号)

代表者名

印

様式 3-2

## その他産業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/台

---

4. 輸送経路

※出発地～奈良県総合医療センター～中間処理場のルートに記載し、地図も添付してください。

※医療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する。

5. 積み込み及び積み下ろしの方法(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・体制等具体的に記載してください。  
例: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、廃棄物処理法及び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

住所

---

法人名(商号)

---

代表者名

印

---

## リサイクル回収業務の具体的計画

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/台

4. 輸送経路

※出発地～奈良県総合医療センター～リサイクル施設のルートに記載し、地図も添付してください。

5. 積み込み及び積み下ろしの方法(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・体制等具体的に記載してください。  
例:携帯電話、無線機、その他)

7. リサイクルの方法及び施設の概要(施設設備の種類・名称、リサイクル方法等できるだけ詳細に)

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

住所

法人名(商号)

代表者名

印

リサイクル品目「空き缶(金属くず)・あきびん(ガラスくず)・ペットボトル(廃プラスチック)」について作成願います。

## 非感染性産業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/台

---

4. 輸送経路

※出発地～奈良県総合医療センター院内保育所～中間処理場のルートに記載し、地図も添付してください。

※医療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する。

5. 積み込み及び積み下ろしの方法(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・体制等具体的に記載してください。

例: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、廃棄物処理法及び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

住所

---

法人名(商号)

---

代表者名

---

印

## その他産業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/台

---

4. 輸送経路

※出発地～奈良県総合医療センター院内保育所～中間処理場のルートに記載し、地図も添付してください。

※医療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する。

5. 積み込み及び積み下ろしの方法(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・体制等具体的に記載してください。  
例: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、廃棄物処理法及び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

住所

---

法人名(商号)

---

代表者名

印

---

## リサイクル回収業務の具体的計画

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/台

4. 輸送経路

※出発地～奈良県総合医療センター院内保育所～リサイクル施設のルートに記載し、地図も添付してください。

5. 積み込み及び積み下ろしの方法(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・体制等具体的に記載してください。  
例:携帯電話、無線機、その他)

7. リサイクルの方法及び施設の概要(施設設備の種類・名称、リサイクル方法等できるだけ詳細に)

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

住所 \_\_\_\_\_

法人名(商号) \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

リサイクル品目「空き缶(金属くず)・あきびん(ガラスくず)・ペットボトル(廃プラスチック)」について作成願います。

## 契 約 実 績

産業廃棄物の収集運搬（国、地方公共団体又は独立行政法人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
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		

産業廃棄物の中間処理（国、地方公共団体又は独立行政法人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	中間処理量	単位
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円		

※収集運搬と中間処理業者異なる場合は、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(商号) \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

# 業 務 提 携 書

産業廃棄物収集運搬業者

(以下「甲」という。)

産業廃棄物中間処理業者

(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産業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および奈良県総合医療センター院内保育所こじかの森保育園が排出する産業廃棄物について、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〔産業廃棄物収集運搬業者〕

住 所

氏 名

印

乙〔産業廃棄物中間処理業者〕

住 所

氏 名

印

# 業 務 提 携 書

産業廃棄物収集運搬業者

(以下「甲」という。)

リサイクル業者

(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産業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

### リサイクル品目

(金属くず(空き缶)・ガラスくず(あきびん)・廃プラスチック(ペットボトル))

↑該当するものに「○」印

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および奈良県総合医療センター院内保育所こじかの森保育園が排出する産業廃棄物のうちリサイクル物について、甲がその収集運搬を行い、乙のリサイクル施設に搬入し、乙はそのリサイクル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〔産業廃棄物収集運搬業者〕

住 所

氏 名

印

乙〔リサイクル業者〕

住 所

氏 名

印

**※上記の全ての品目について、提携先ごとに1部ずつ提出願います。全ての品目の提携先が同一である場合は1枚で結構です。**

## 誓 約 書

委託期間中または委託期間前に失効する許可等

(例)

許可等の名称	許可等期限	許可申請等相手方
(例)産業廃棄物収集運搬業許可証	令和3年 5月 3日	奈良県
(例)自動車検査証	令和3年 7月31日	奈良運輸支局

許可等の名称	許可等期限	許可申請等相手方
	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の産業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又は委託期間前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(商号) \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 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 産業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 産業廃棄物処理業務委託

履行場所 奈良県総合医療センター 奈良市七条西町二丁目897-5  
奈良県総合医療センター院内保育所 こじかの森保育園 奈良市六条西四  
丁目6番30号

上記のとおり入札します。

令和4年9月7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

## 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 産業廃棄物処理業務委託

入 札 書

金 〇〇〇,〇〇〇 円

内訳

〔 収集運搬料 〇〇〇〇〇〇円  
 中間処分料 〇〇〇〇〇〇円 〕

ただし、  
委託名

履行場所

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 産業廃棄物処理業務委託  
奈良県総合医療センター 奈良市七条西町二丁目897-5  
奈良県総合医療センター院内保育所 こじかの森保育園 奈良市六条西  
四丁目6番30号

上記のとおり入札します。  
令和4年9月7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

見積もった金額の108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。

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

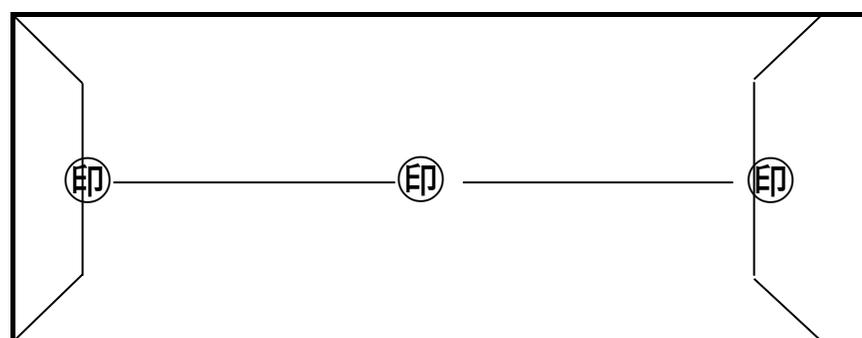
入 札 書 在 中  
奈良県総合医療センター院長 松山 武 様

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 産業廃棄物処理業務委託

入札日 令和4年9月7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 産業廃棄物処理業務委託

委 任 状

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、下記入札に関する権限を委任します。

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 産業廃棄物処理業務委託

履行場所 奈良県総合医療センター 奈良市七条西町二丁目897-5  
奈良県総合医療センター院内保育所 こじかの森保育園 奈良市六条西四  
丁目6番30号

受任者	
使用印	

令和4年9月7日

奈良県総合医療センター 院長 殿

入札者 住 所

氏 名

印