

入札参加申込書兼適合規格承認申請書

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 院長殿

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

入札に参加したいので、次のとおり適合規格について承認申請します。

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。

(物件名 免疫染色装置一式)

契 約 実 績

| 契約の相手方 | 契約年月日 | 契約金額 | 主な仕様 |
|--------|-------|------|------|
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |

注) 文章は変更しないでください。

添付書類

- 1 契約実績
契約書の写し又は、業務履行確認書(別紙様式2)を添付してください。
2件以上の実績を提出するようにして下さい。
- 2 今回の調達物品の内訳(品名、数量等がわかるもの)とカタログ又は写真
- 3 会社概要(概要が記載されたパンフレット等)
- 4 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)

業務履行確認書

| 項目 | 内容 | |
|-----------------------|-------|---|
| 契約名称 | | |
| 契約年月日 | 年 月 日 | |
| 主な仕様について | | |
| 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 | | |
| 上記契約が誠実に履行されたことを認めます。 | | |
| 令和 年 月 日 | | |
| 奈良県総合医療センター 院長 殿 | | |
| 住所・所在地 _____ | | |
| 法人等名 _____ | | |
| 担当部署名 _____ 印 | | |

注1) 1契約ごとに記入してください。複数枚にわたる場合は右上に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。

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 免疫染色装置一式

| 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 0742-46-6001

入札書

金額

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
| | | | 百万 | | | 千 | | | 一 |
|--|--|--|----|--|--|---|--|--|---|

円

免疫染色装置一式

注意事項

- ・ 税抜き価格で記入してください。
- ・ 入札は本体価格のほか、運搬費、搬入費、据付その他諸経費をすべて含めた総額で行います。
- ・ 最低の価格を持って申込をした者を落札者とします。
- ・ 数字の前には必ず「¥マーク」も記入してください。

入札説明書および入札仕様書に承諾の上、

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 院長 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. 入札は本体価格のほか、運搬費、搬入費、据付その他諸経費をすべて含めた総額で行います。
2. 記載金額は、金額の110分の100に相当する金額、つまり、消費税及び地方消費税の額を含まない金額を記入してください。(税抜き価格)
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 | | | | 円 |
| ¥ | | | | | | | | | |

ただし

免疫染色装置一式

注意事項

- 税抜き価格で記入してください。
- 入札は本体価格のほか、運搬費、搬入費、据付その他諸経費をすべて含めた総額で行います。
- 最低の価格を持って申込をした者を落札者とします。
- 数字の前には必ず「¥マーク」も記入してください。

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 院長 殿

| | | |
|-----|--------|------|
| 入札者 | 所在地 | 〇〇〇〇 |
| | 商号又は名称 | 〇〇〇〇 |
| | 代表者名 | 〇〇〇〇 |

(代理人 氏名 〇〇〇〇)

¥マークも記入してください。

※見積もった金額の110分の100に相当する金額(消費税及び地方消費税抜きの金額)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。

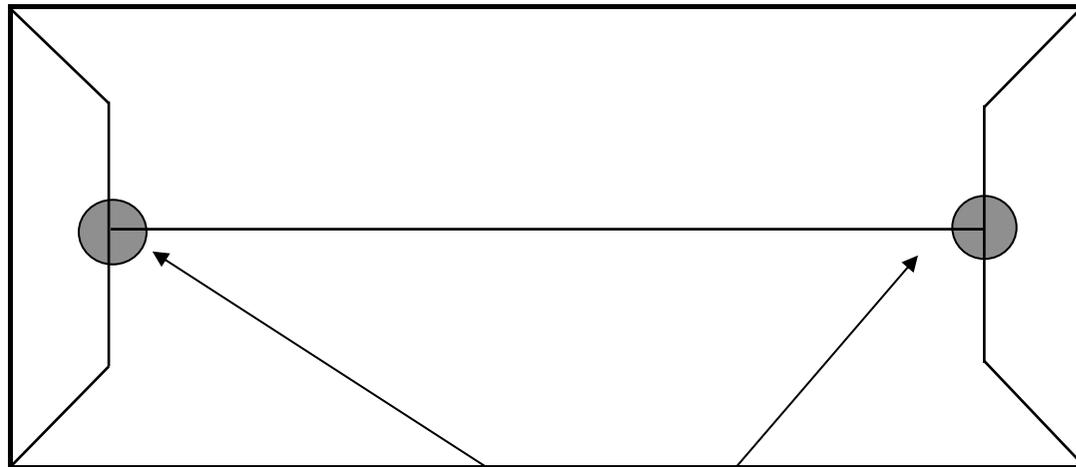
(封筒記載例)

〈表面〉

奈良県総合医療センター
免疫染色装置一式
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 院長 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

免疫染色装置一式

2 代理人氏名



委任者

所在地

商号又は名称

代表者名

印

契約保証金免除申請書

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 院長 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27条第1項5号に基づき契約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 院長 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 免疫染色装置一式

2 入札日 令和 年 月 日

3 辞退理由

