

山梨県立中央病院物品管理等業務委託

入札参加資格申請書類 様式集

様	式 1	入札参加資格確認申請書
様	式 2	誓約書
様	式 3	会社概要
様	式 4	経営状況
様	式 5	契約実績一覧
様	式 6	責任者等に関する調書
様	式 7	組織・緊急支援体制
様	式 8	委任状
様	式 9	入札書
様	式 9-1	積算内訳書
様	式 9-2	人件費積算内訳書
様	式 10	一般競争入札に関する質問票
様	式 11	説明会参加申込書
様	式 12	入札参加確認結果通知書

平成30年3月30日

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院

入札参加資格確認申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人山梨県立病院機構
山梨県立中央病院 院長 神宮寺 禎巳 殿

住 所
法人名称
代表者職氏名 印

担当者 所属部署
氏 名
電話番号
F A X
E - mail

次の一般競争入札に参加する資格について、関係資料を添えて申請します。

1. 業務の名称：山梨県立中央病院物流管理等業務委託
2. 添付資料
 - 1 参加申込書兼提案資格確認申請書（様式 1）
 - (1) 誓約書（様式 2）
 - (2) 山梨県の物品調達に関する入札参加資格登録を得ている者であることを証した書類の写し
または関東信越静の都県で同様の資格登録を得ている者であることを証した書類の写し
 - (3) 会社概要（様式 3）
 - ア 発行後 1 年以内の商業登記簿謄本（履歴事項全部証明書）
 - イ 発行後 1 年以内の法人税、消費税及び県税に係る納税証明書
 - ウ 賠償責任保険加入証の写し（契約締結時まで加入で可）
 - エ 「医療関連サービスマーク」認定証の写し
 - (4) 経営状況（様式 4）

直近 3 事業年度の決算書（貸借対照表・損益計算書・キャッシュ・フロー計算書、株式資本等変動計算書、個別注記表）
 - (5) 契約実績一覧（様式 5）

契約書の写し、受注証明書
 - (6) 責任者等に関する調書（様式 6）

資格証明書、受講証
 - (7) 組織・緊急支援体制

誓 約 書

平成 年 月 日

地方独立行政法人山梨県立病院機構
山梨県立中央病院 院長 神宮寺 禎巳 殿

住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

山梨県立中央病院物流管理等業務委託に係る一般競争入札への参加について、下記に相違ないことを誓約します。

記

- ①会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）に基づく更生手続開始の申立て又は民事再生法（平成 11 年法律第 225 号）に基づく民事再生手続開始の申立てをしている者（更生手続開始又は民事再生手続開始の決定を受けたものを除く。）でないこと。
- ②過去 3 年間に関係法令に違反したとして行政処分を受けた者でないこと。
- ③暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 2 号から第 4 まで又は第 6 号の規定に該当する者でないこと。

会 社 概 要

商号又は名称		
所在地		
代表者氏名		
設立年月日		
資本金		
従業員数	総数	名
	うち正社員	名
	うち契約社員	名
	うちパート	名
	うちアルバイト	名
上記のうち物流管理部門（医療機器管理補助業務を含む）の従業員数	総数	名
		名
		名
		名
		名
		名
支店・営業所数		
山梨県を担当する支店・営業所名		
上記所在地		
直近事業年度の決算状況	売上高	千円
	営業損益	千円
	経常損益	千円
	当期純利益	千円

※会社パンフレット等参考となる資料があれば添付してください。

外部協力事業者

商号又は名称	
所在地	
代表者氏名	
協力内容	

※この表は、該当がある場合のみ記載してください。

経 営 状 況

(1) 安全性

財務指標	指標			算定式 (単位: 千円)
	前々期	前期	直近	
流動比率 (流動資産÷流動負債)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
当座比率 (当座資産÷流動負債)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
固定比率 (固定資産÷自己資本)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
固定長期適合率 (固定資産÷(固定負債 + 自己資本))				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
自己資本比率 (当期純利益÷総資本)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷

(2) 収益性

財務指標	指標			算定式 (単位: 千円)
	前々期	前期	直近	
総資本営業利益率 (営業利益÷総資本)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
売上高営業利益率 (営業利益÷売上高)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
売上高経常利益率 (経常利益÷売上高)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷
総資本回転率 (売上高÷総資産)				【前々期】 ÷ 【前期】 ÷ 【直近】 ÷

※直近3事業年度の決算書(貸借対照表・損益計算書・キャッシュ・フロー計算書、株式資本等変動計算書、個別注記表)を添付してください。

契約実績一覧

契約の相手方（病院名）	病床数	年間 手術件数	受託業務		受託期間	平準従事者数（人）		救急 指定	
			物品	ME		物品	ME	ME	滅菌
（所在： ）	床	件			～				
（所在： ）	床	件			～				
（所在： ）	床	件			～				
（所在： ）	床	件			～				
（所在： ）	床	件			～				

1 400床以上の病院において履行中の、今般の委託業務と同種類の契約実績について記入してください。

2 記載する業務実績は規模の大きいものから3件以上とします。

3 正本には上記に記載した内容が確認できる書類（契約書の写し、受注証明書等）を添付してください。

4 「受託業務」欄は、施設ごと受託している業務欄に○印を記入してください。

物品供給管理業務＝「物流」、ME機器管理業務＝「ME」、洗浄滅菌管理業務＝「滅菌」手術室清掃業務＝「清掃」

5 「受託期間」欄は、契約始期と終期（継続中の場合は満了予定年月）を記入してください。例「H27.4～H29.3」

6 「平準従事者数」欄は、施設ごとに従事している1日当たりの平均的な延べ人数を記載してください。

7 「救急指定」欄は、二次救急又は三次救急医療機関に該当している場合に○印を記入してください。

責任者等に関する調書

商号又は名称

(1) 管理業務責任者

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
業務経験年数	保有資格	普通一種圧力容器主任修了証	取得年月日 年 月 日
年 月		特定化学物質主任修了証	取得年月日 年 月 日
		第2種滅菌技士	取得年月日 年 月 日
同種の業務実績（3件まで）			
業 務 名	業 務 概 要	施 設 名	業務従事期間
	立場：	病床数 床	
	立場：	病床数 床	
	立場：	病床数 床	

(2) 物流管理業務責任者

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
同種の業務実績（3件まで）			
業 務 名	業 務 概 要	施 設 名	業務従事期間
	立場：	病床数 床 年間手術件数 件	
	立場：	病床数 床 年間手術件数 件	
	立場：	病床数 床 年間手術件数 件	

様式 6

(3) 洗浄滅菌責任者

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
業務経験年数	保有資格	普通一種圧力容器主任修了証	取得年月日 年 月 日
年 月		特定化学物質主任修了証	取得年月日 年 月 日
		第 2 種滅菌技士	取得年月日 年 月 日
同種の業務実績 (3 件まで)			
業 務 名	業 務 概 要	施 設 名	業務従事期間
	立場 :	病床数 床 年間手術件数 件	
	立場 :	病床数 床 年間手術件数 件	
	立場 :	病床数 床 年間手術件数 件	

※ 保有資格等については、これを証する書類の写しを添付してください。

組織・緊急支援体制

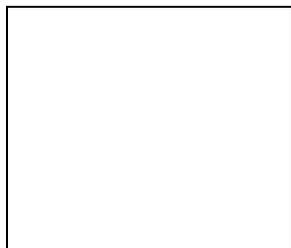
主たる事業所	所在地 : 事業所名 : 役割 :	連絡先 :
総括する事業所	所在地 : 事業所名 : 役割 :	連絡先 :
その他の事業所 1	所在地 : 事業所名 : 役割 :	連絡先 :
その他の事業所 2	所在地 : 事業所名 : 役割 :	連絡先 :
その他の事業所 3	所在地 : 事業所名 : 役割 :	連絡先 :

組織体制図（連絡図）

委任状

受任者氏名

使用印鑑



私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委託します。

記

平成30年4月27日に執行する「山梨県立中央病院物流管理等業務委託」に係る一般競争入札に関する一切の行為

平成30年4月 日

委任者

所在（住所）

名称（氏名）

印

代表者氏名

地方独立行政法人 山梨県立病院機構
山梨県立中央病院 院長 神宮寺 禎巳 殿

入 札 書

(第 回)

十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
----	---	----	----	----	---	---	---	---	---

(消費税を含まず)

※先頭に¥を記入してください。

件 名 山梨県立中央病院物流管理等業務委託

平成 3 0 年 4 月 2 7 日

所在 (住所)

名称 (氏名)

印

代表者氏名

代理人氏名

印

地方独立行政法人 山梨県立病院機構

山梨県立中央病院 院長 神宮寺 禎巳 殿

積 算 内 訳 書

管理費			
項 目		金 額	摘 要
人 件 費	給与	円	(責任者) 人、物流管理 人、 医療機器管理補助 人、 滅菌業務 人、手術室清掃 人 計 人
	各種手当	円	
	賞与	円	
	退職引当金	円	
	法定福利費	円	
小 計		円	
一般福利厚生費		円	
小 計		円	
保 健 衛 生	健康診断	円	
	個人衛生	円	
	被服費	円	
小 計		円	
各 種 経 費	事業所運営費	円	
	通信費	円	
	消耗品費	円	
	事務用品費	円	
	雑費	円	
小 計		円	
営 業 費	支店管理費	円	
	利益	円	
	小 計	円	
合 計		円	

※金額の前に「¥」を付けてください。

人件費積算内訳書

責任者				
項 目		人数	単価	計
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
小 計			円	円
業務従事者				
項 目		人数	単価	計
物 流 管 理			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
小 計			円	円
医 療 機 器			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
小 計			円	円
合 計			円	円
物 流 管 理			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
小 計			円	円
医 療 機 器			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
小 計			円	円
合 計			円	円

※人件費のうち、給与、各種手当、賞与について、責任者及び業務従事者の異なる単価ごとに積算してください。
 ※金額の前に「¥」を付けてください。

「山梨県立中央病院物流管理等業務」に係る一般競争入札に関する質問票

名称（氏名） 担当部署・担当者 連絡先	電話番号 E-mail
質問事項	（資料名・頁・行、質問事項を記入してください）
回答	（回答欄）

※ 回答は入札説明会に参加した者全員に送付します。

物流管理等業務委託説明会参加申込書

「物流管理等業務委託」に係る説明会に参加したいので下記のとおり申し込いたします。

商号又は名称	
代表者氏名	
連絡担当者	部署名
	氏名
連絡先	所在地
	〒
	電話
	FAX
	メールアドレス

※参加を希望される方は、平成30年4月6日 正午までに、ファックス又は電子メールで提出してください。

(宛先)

山梨県立中央病院企画経理課調度担当 矢竹

電話：055-253-7111 (内線2110)

FAX：055-253-8011

電子メールアドレス：yatake-zfs@ych.pref.yamanashi.jp

入札参加資格確認結果通知書

商号又は名称
代表者職氏名 殿

地方独立行政法人山梨県立病院機構
山梨県立中央病院 院長 神宮寺 禎巳

平成30年3月30日付けで公告した下記業務に係る一般競争入札について、入札参加資格確認結果を通知します。

1 件 名 山梨県立中央病院物流管理等業務委託

2 履行場所 山梨県立中央病院

3 入札参加資格の有無

- (1) 有の場合、資格があることを確認しました。
- (2) 無の場合、次に理由により、資格のあることが確認できませんでした。
〇〇のため。