様式第１号

**参 加 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

　山梨県立中央病院内の床頭台等設置事業者の選定に係る募集事業に参加したいので、別添のとおり関係書類を添えて申し込みます。

　また、本申込書の提出にあたり、添付資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

　【添付資料】

　　　○ 欠格要件なきことの誓約書(様式第２号)

　　　○ 事業実績調書（様式第３号）

○ 添付書類

　　　ア 直近１年の山梨県税（県外事業者にあっては主たる事業所の所在都道府県税）に未納がないことの証明書

　　　　イ 発行後１年以内の商業登記簿謄本もしくは本籍地発行の身分証明書

　　　　ウ 直近１年の財務諸表

様式第２号

**欠格要件なきことの誓約書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

　貴病院における床頭台等設置事業者の選定に係る募集事業への参加について、下記の欠格要件（ア～オ）のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、床頭台等設置事業者に選定された場合には、山梨県立中央病院床頭台等設置事業に係る仕様書に記載された内容を遵守するとともに、仕様書の内容を満たせなくなった場合は、速やかに退去し、原状回復することを誓約します。

記

1. 山梨県税（県外事業者にあっては主たる事業所の所在都道府県税）を滞納している者
2. 会社更生法（平成１４年法律第１５４号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成１１年法律第２２５号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者（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。）
3. 代表者が成年被後見人及び被補佐人並びに破産者で復権を得ない者
4. すべての営業所・店舗において過去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
5. 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号まで又は第６号の規定に該当する者

様式第３号

**事 業 実 績 調 書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | | | | 内　　　　容 | | |
| 事 業 者 名 | | | |  | | |
| 代 表 者 名 | | | |  | | |
| 本社所在地 | | | |  | | |
| 設立（事業開始）年月日 | | | |  | | |
| 経歴・沿革 | | | |  | | |
| 支店・営業所数 | | | | カ所（内県内　　カ所） | | |
| 事業の内容 | 資本金（R2.4.1現在） | | |  | | |
| 従業員数（R2.4.1現在） | | | 人（うち県内支社等の従業員数　　人） | | |
| 令和１年度  営業成績 | 売上高 | |  | | |
| 純利益 | |  | | |
| 他病院での事業実績　※ 直近５年以内の主な契約実績を記載すること。 | | | | | | |
| 施設名 | | | 所在地 | | 契約期間 | 設置内容・台数 |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |

様式第４号

**現 地 説 明 会 参 加 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

【宛先】

　〒４００－８５０６　甲府市富士見１－１－１

　山梨県立中央病院　企画経理課　企画経理担当

　電話　　０５５－２５３－７１１１（内線２０３２）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

　e-mail　[nakamura-bfvj@ych.pref.yamanashi.jp](mailto:nakamura-bfvj@ych.pref.yamanashi.jp)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

参加者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部署名 | 役職名 | 担当者名 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ 会場の都合上、各事業者２名までとする。

※ 参加者は、事前に鼻咽頭ぬぐい液を用いたPCR検査を受診し、新型コロナウイルス感染症COVID-19に関する検査結果が陰性であることを証明する検査結果を持参すること。

様式第５号

**質 問 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

【宛先】

　〒４００－８５０６　甲府市富士見１－１－１

　山梨県立中央病院　企画経理課　企画経理担当

　電話　　０５５－２５３－７１１１（内線２０３２）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質　問　者　欄 | 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 質問者の  所属・氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |  |
|  |  |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |  |
|  |  |

様式第６号

**販 売 手 数 料 率 提 案 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

「地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院内における床頭台等設置事業者募集要項」の内容を承知し、次のとおり賃料を提案します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 販売手数料 | | | | | |
|  |  | . |  |  | ％ |

※販売手数料は、小数点以下第２位まで記入すること。

様式第７号

**委　　任　　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者

　（代理人）

使用印鑑

　　　私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

令和　年　月　日施行の山梨県立中央病院内における床頭台等設置事業者選定に関する一切の行為

　令和　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　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印