様式１

入札参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院長　中込　博　　殿

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次の一般競争入札に参加する資格について、確認されたく関係資料を添えて申請します。

１　公 告 日　 令和５年２月２８日

２　件　　名 クオンティフェロン（ＱＦＴ）検査業務

３　履行期間 令和５年４月１日から令和６年３月３１日まで

４　履行場所 山梨県甲府市富士見一丁目１番１号　山梨県立中央病院

５　添付資料

（１）都道府県の物品等に係る競争入札に参加する者に必要な資格を得ている者であることを証した書類の写し。

（２）競争入札に当該入札に係る契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者でない旨の申立書（様式２）

（３）履歴事項全部証明書

（４）直近事業年度の決算報告書（貸借対照表、損益計算書）

（５）会社案内・パンフレット等

様式２

令和　　年　　月　　日

申　　立　　書

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院長　中込　博　　殿

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者は、次の「一般競争入札」について、競争入札に当該入札に係る契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者でないことを申し立てます。

１　公 告 日　 令和５年２月２８日

２　件　　名 クオンティフェロン（ＱＦＴ）検査業務

３　履行期間 令和５年４月１日から令和６年３月３１日まで

４　履行場所 山梨県甲府市富士見一丁目１番１号　山梨県立中央病院

様式３

「クオンティフェロン（ＱＦＴ）検査業務」に係る入札に関する質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問 者所 在 地名　　称連 絡 先 |  |
| 質問事項 |  |
| 回　　答 |  |

様式４

委　任　状

|  |  |
| --- | --- |
| ㊞ |  (代 理 人) 　　氏　名 |

　 ※当日､入札に使用する印鑑

私は、上記の者を代理人と定め､次の権限を委任します｡

令和５年３月１６日執行のクオンティフェロン（ＱＦＴ）検査業務に係る一般競争入札に関する一切の行為

令和　　年　　月　　日

 　　　委 任 者

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院長　中込　博　　殿

様式５

入　札　書（第　　回）

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

 　　　　　（消費税を含まず）

 　　　　　　　　※　先頭に￥を記入する。

件　名　：　クオンティフェロン（ＱＦＴ）検査業務

内　訳　：　検査項目、予定数量、単価は以下のとおり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査項目 | 予定数量Ａ | 単価(税抜)Ｂ | 入札金額Ｃ＝Ａ×Ｂ |
| クオンティフェロン（ＱＦＴ） | 787件/年 | 円 | 円 |

　私は、地方独立行政法人山梨県立病院機構会計規程（平成２２年４月１日規程第２０号）及び関係法令並びに仕様書、現場等熟知了承のうえ、上記のとおり入札します。

令和　　年　　月　　日

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代理人（代理人出席の場合）

 　　　　　 　　　　　 ㊞

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院長　中込　博　　殿