

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

県立日南病院長
原 誠一郎 殿

住 所
商号又は名称
代表者氏名
電 話 番 号
F A X 番 号

印

令和6年3月22日に開札のありました医療ガス供給設備保守点検業務委託に係る入札参加資格の確認について、下記の書類を添えて申請します。

なお、公告に掲げる欠格要件のいずれにも該当しないこと及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 同種業務実績調書
(様式第4号)
- 2 配置技術者の資格等調書
(様式第5号)
- 3 その他入札参加資格確認に必要な書類

同種業務実績調書

住 所

商号又は名称

代表者氏名



業 務 名	
発 注 機 関 名	
契 約 日	
契 約 金 額	
施 設 名	
場 所	(都道府県名・市町村名)
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

- 備考
- 1 公告に掲げる同種業務の要件を満たす業務の受託実績を記載すること。
 - 2 契約金額欄については、長期継続契約の場合は12か月分の金額を計上し、その下に括弧書きで全体額を記載すること。
 - 3 記載した業務について契約書の写し又は発注者の委託業務履行証明書（様式第9号）及び業務の内容が確認できる書類を添付すること。

配置技術者の資格等調書

会社名

①配置予定技術者氏名			
②生 年 月 日			
③採 用 年 月 日			
④ 法 令 等 の 資 格 ・ 免 許	資格の名称		

	登録等年月日 及び番号		
	資格の名称		

	登録等年月日 及び番号		
⑤ 常駐の別	資格の名称		

	登録等年月日 及び番号		

- 備考
- ④欄は公告に掲げる要件を満たす資格を記載すること。
 - 記載した資格について、免許等の写しを添付すること。
 - 法令による資格・免許を求めている場合は、④欄を記入する必要はない。
 - ⑤欄は公告において配置技術者に「常駐」を求める場合に限り、「常駐」で配置する者に○を記入すること。
 - 用紙が不足する場合は適宜複写して使用すること。

落札決定通知書

商号又は名称
代表者氏名 様

県立日南病院長 原 誠一郎 印

下記の案件について、落札者を決定しましたので通知します。

記

調達案件番号	
調達案件名称	医療ガス供給設備保守点検業務委託
開札日時	令和 年 月 日 時 分
入札金額	円（税抜）
落札者 商号又は名称 代表者氏名	

入札参加資格確認結果通知書

商号又は名称

代表者氏名

様

県立日南病院長 原 誠一郎 印

医療ガス供給設備保守点検業務委託に係る入札参加資格について、下記の理由により入札参加資格が認められなかったので通知します。

記

(入札参加資格がないとした理由)

(注) あなたは、当職に対して入札参加資格がないとされた理由について説明を求めることができます。

説明を求める場合は、この通知を受けた日から2日以内に県立日南病院へその旨を記載した書面を提出してください。

様式第8号

年 月 日

入札参加資格確認中止通知書

商号又は名称

代表者氏名

様

県立日南病院長

原 誠一郎 印

先に申請のありました下記の業務に係る入札参加資格申請について、あなたの前に落札候補者であった方の入札参加資格が確認された結果、あなたの入札参加資格確認を中止しましたので通知します。

記

業務名 医療ガス供給設備保守点検業務委託

委託業務履行証明書

業 務 名	
契 約 日	
契 約 金 額	
施 設 名	
場 所	(都道府県名・市町村名)
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

受注者

住 所

商号又は名称

代表者氏名



上記委託業務が、誠実に履行されたことを証明します。

年 月 日

発注者

住 所

商号又は名称

代表者氏名



(※ この証明書は、医療ガス供給設備保守点検業務に係る入札参加のための審査に使用するものです。)