第１号様式

（ファクシミリ送信）

**条件付一般競争入札説明書等に関する質問書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　　　　　　　　　入札参加者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　（代表者印省略）

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　電話番号　　（　　　　-　　-　　　　）

ファクシミリ（　　　　-　　-　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名 | 　　公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター減圧沸騰式洗浄器　一式 |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |

　第２号様式

**条件付一般競争入札説明書等に関する回答書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

|  |  |
| --- | --- |
| 件 名 | 公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター　　減圧沸騰式洗浄器　一式 |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |
| 回　　　　　答　　　　　事　　　　　項 |
|  |

第３号様式

**条件付一般競争入札参加資格確認申請書**

　　令和　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長

（〒　　　　－　　　　　）

住所

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者職・氏名

電話番号　　（　　　　－　　　－　　　　）

ＦＡＸ番号　　（　　　　－　　　－　　　　）

（作成担当者　　　　　　　　）

　令和７年６月２０日付けで公告ありました調達契約に係る入札参加資格の確認を受けたいので、入札参加に必要な資格要件等について下記のとおり申請します。

　なお、この申請書及び添付書類の記載事項はすべて事実と相違ないこと、公立大学法人福島県立医科大学契約細則第２条及び第３条第１項の規定に該当しない者であること及び暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第３２条第１項各号に該当しない者であることを誓約します。

記

１　件名及び数量　公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター

減圧沸騰式洗浄器　一式

２　物品購入（修繕）競争入札参加有資格者登録について

（１）登録番号　（　　　　　　　　　　　　）

（２）有効期間　　令和　　年　　　月　　　日から令和　　年　　　月　　　日まで

３　物品購入（修繕）競争入札参加有資格者にかかる参加資格制限の有無について

　　有　　・　　無

４　本店、支店又は営業所の所在地（福島県内にある事務所）

　　※申請者が福島県内の場合は、記載不要です。

５　添付書類

　（１）納入期限までに必ず納品する旨の確約書（様式任意）

　　　　※申請者の実印により証明を行うこと。

　（２）納入しようとする物品の構成及び定価に関する資料（様式任意）

　（３）保守及び修理体制に関する調書（様式任意）

※　資格確認通知書を送付しますので、返信用封筒として、申請者の住所及び商号又は名称を記載し、１１０円切手を貼った長３封筒を申請書と併せて提出してください。

第４号様式

**条件付一般競争入札参加資格確認通知書**

令和　　年　　月　　日

様

公立大学法人福島県立医科大学理事長　　　印

　先に申請ありました条件付一般競争入札参加資格については、下記のとおり確認したので、お知らせします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 購入等件名及び数量 | 公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター　　減圧沸騰式洗浄器　一式 |
| 本公告に係る入札参加資格の有無 | 　　　 有 |
| 無 |  |
| 入札参加資格がないと認めた理由 |  |

１　入札参加資格が「無」と通知された方は、入札参加資格がないと認めた理由について説明を求めることができます。

２　この確認通知書は、開札日に入札執行権者が入札参加資格の確認のため提示を求めますので、必ず持参してください。

第５号様式

**入　札　書（　見　積　書　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額（税抜） | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

　　　品　　名　　公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター

　　　　　　　　　減圧沸騰式洗浄器　一式

　　　納入場所　　公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター

　　　　　　　　（福島県会津若松市河東町谷沢字前田２１番地２）

　　　納入期日　　令和８年１月３０日（金）

　上記のとおり入札（見積）いたします。

　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　商号又は名称

　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 　 （代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印）

　公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

（注）１　金額の文字の頭に￥を付すこと。

 　 ２　再度入札（見積）の場合は、入札(見積）書の前に「再」と記入すること。第６号様式

**委　　任　　状**

　私は都合により下記の者を代理人と定め下記事項を委任します。

記

　令和７年７月１０日に執行される「公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター減圧沸騰式洗浄器　一式」の入札及び見積に関する一切の権限。

　令和　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

　　　　　　　　　　　委任者　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　受任者　職名又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

第７号様式

**提案協議書**

令和　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長

（〒　　　　－　　　　　）

住所

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者職・氏名

電話番号　　（　　　　－　　　－　　　　）

ＦＡＸ番号　　（　　　　－　　　－　　　　）

（作成担当者　　　　　　　　）

「減圧沸騰式洗浄器 一式」の提案について

　このことについて、仕様を満たすものとして、別添のとおりカタログ等を添付し、提出しますので確認してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案　件　名 | 提案品名 | 規格・型番 | 定価（税抜き） |
| 公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター減圧沸騰式洗浄器 一式 |  |  | 本体諸経費合計 |

※１　定価は、消費税抜きの金額とすること。（諸経費については、搬入等の費用を記載すること。）

※２　カタログ等は必要なページをＡ４サイズにコピーし、仕様確認に必要な箇所に目印（マーカー等）

　　をして提出すること。

※３　構成内容の積算明細がわかる内訳書を添付すること。

|  |
| --- |
|  |

上記のとおり提案協議ありました件について、内容を確認した結果は、次のとおりです。

 仕様を満たしているものと認めます。

　　　　　仕様を満たしておりません。

令和　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学理事長