

様式1

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  
(ふりがな)  
商号又は名称  
代表者職・氏名印  
電話番号 (        -        -        )  
F A X 番号 (        -        -        )  
(作成担当者職・氏名)

令和8年2月18日付けで公告ありました公立大学法人福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター医事業務に係る一般競争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、下記1に掲げる資格要件に全て該当する者であること、また、下記2の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 入札に参加する者に必要な資格に関する事項

- (1) 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。
- (2) 会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更正手続開始の申立てをした者若しくは申し立てをなされた者又は民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続開始の申立てをした者若しくはなされた者でないこと。
- (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32条第1項各号に該当しない者であること。
- (4) 県内に本店又は支店・営業所を有する者であること。
- (5) 大学病院（県内／県外を問わない）において、医事業務の実績を有する者であること。

2 添付書類

- (1) 上記1の(1)から(3)を誓約する書類（任意様式）
- (2) 上記1の(4)を証する書類（全部事項証明書（登記簿）謄本（提出日から3ヶ月以内に発行されたもの））
- (3) 上記1の(5)の実績を証明するもの（契約書の写し等）
- (4) 業務履行実績調書（任意様式）

様式 2

一般競争入札参加資格確認通知書

記号番号

令和 年 月 日

様

公立大学法人福島県立医科大学理事長

さきに申請のありました一般競争入札に係る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

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 1 公示日             | 令和 8 年 2 月 1 8 日                       |
| 2 件名及び数量          | 公立大学法人福島県立医科大学附属病院<br>患者サポートセンター医事業務一式 |
| 3 本公告に係る入札参加資格の有無 | 有 無                                    |
| 4 入札参加資格がないと認めた理由 |  |

※ 1 入札参加資格がないと通知された方は、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 この通知書は、入札日に入札執行者から入札参加資格を確認するため提示を求められま  
すので、入札日に必ず持参して下さい。

様式3

## 入 札 書

金 額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

件名及び数量 公立大学法人福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター医事業務一式

この入札保証金 ¥

上記のとおり入札します。

令和 年 月 日

住 所  
商号又は名称  
代表者 職・氏名  
代理人

印

公立大学法人

福島県立医科大学理事長 竹之下 誠一 様

(注) 金額の文字については頭に¥を付すこと。  
代理人をして入札する場合は、代理人であることの表示、当該代理人の氏名の記載及び押印をすること。

様式4

## 委 任 状

私は今般都合により (使用印鑑 印) を代理人とし、

下記業務の入札及び見積並び開札の立会いに関する一切の権限を委任します。

件名及び数量 公立大学法人福島県立医科大学附属病院  
患者サポートセンター医事業務一式

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者・職氏名

印

公立大学法人

福島県立医科大学理事長 竹之下 誠一 様

様式5

## 入札仕様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 竹之下 誠一 様

入札参加者 住 所  
商号又は名称  
代表者・職氏名 印  
電話番号 ( )  
作成担当職・氏名 ( )

公立大学法人福島県立医科大学発注の「公立大学法人福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター医事業務」に関し、下記事項について質問します。

質 問 事 項

様式6

## 契約保証金納付免除申請書

令和 年 月 日

公立大学法人

福島県立医科大学理事長 竹之下 誠一 様

(〒 - )

住 所

(ふりがな)

商号又は名称

代表者職・氏名印

電話番号 ( - - )

FAX番号 ( - - )

(作成担当者職・氏名)

公立大学法人福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター医事業務に係る契約の契約保証金の納付を免除されたく、下記の書類を添えて申請します。

記

履行保証契約を締結したことを証する書面

その他

様式7

## 契約保証金納付免除確認通知書

記号番号

令和 年 月 日

様

公立大学法人福島県立医科大学理事長

さきに申請のありました一般競争入札に係る契約保証金の免除については、下記のとおり確認したのでお知らせします。

### 記

- 1 件名及び数量 公立大学法人福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター医事業務一式
- 2 契約保証金免除の有無 有 無
- 3 契約免除がないと認めた理由

様式8

## 入札仕様書等に関する回答書

記号番号

令和 年 月 日

様

公立大学法人福島県立医科大学

理事長 竹之下 誠一

「公立大学法人福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター医事業務」に関し、下記事項について回答します。

質 問 事 項
回 答 事 項