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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（　　 - - 　）

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 経頭蓋直流刺激（tDCS）装置　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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 経頭蓋直流刺激（tDCS）装置　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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　電　話　番　号　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ 番 号　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　（作成担当者職・氏名　　　　　　　　　　　　）

令和４年９月２６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　参加希望品名 経頭蓋直流刺激（tDCS）装置

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　　　　年　　月　　日から　　　　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）

(1)名称:　　(2)住所:　　(3)電話番号:　　(4)FAX番号:

　　※申請者が福島県内の場合は、記載不要です。

第４号様式　　　　　　　（注：本書の提出は不要です。）

条件付一般競争入札参加資格確認通知書

　年　　月　　日

　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長　印

　先に申請の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 | 経頭蓋直流刺激（tDCS）装置　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　この確認通知書は、入札書の開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、開札日に必ず持参してください。

第６号様式

**入　札　書（　見　積　書　）**

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

　　　品　　名　　経頭蓋直流刺激（tDCS）装置

　　　納入場所　　作業療法準備室Ⅰ

　　　納入期限　　令和５年２月２８日

　　　　　　　　　(納入時期については協議により決定)

　上記のとおり入札(見積)いたします。

　　　　　　　　　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７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４年１０月２１日に執行される「経頭蓋直流刺激（tDCS）装置　一式」の入札及び見積に関する一切の権限。

　　　　　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

（代理人が出席する場合に必要）