様式１

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　 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 （　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　作成担当者職・氏名　（　　　　　　　　　　　）

　令和５年２月６日付け公告の附属病院区域清掃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、関係書類を添えて申請します。

　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く、かつ、地方自治法施行令第１６７条の４第１項及び第２項のいずれにも該当していないことを誓約します。

１　自己資本の額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　　分 | | | 金　　　額 |
| (1)資本金 | | |  |
| (2)  積  立  金 | ア　法定準備金 | |  |
| 内  訳 | 資本準備金 |  |
| 利益準備金 |  |
| イ　任意積立金（内訳に種類別に記入） | |  |
| 内訳 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

摘要 １ 「 資本金」の欄には、令和５年１月１日の直前の事業年度の終了の日における　　　　　　　込済の資本金額を記入してください。

　　　２　「積立金」の欄には、令和５年１月１日の直前の決算の法定準備金（資本準備金　　　　　　利益準備金）及び剰余金のうち任意積立金（法人税等充当金及び負債の部の引当金　　　　　　は除く。）の合計額を記入してください。

　　　３　「利益処分（損失処理）」の欄には、利益処分計算書（損失処理計算書）利益処　　　　　　　額のうち利益準備金及び任意積立金の額を記入してください。

２　営業年数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 創　　　　　業 | 転廃業（休業） | 現組織への変更 | 営業年数 計 |
| 明治　 年　　月 日 | 年　　月　　日から 年　　月　　日まで |  |  |
| 大正　 年　　月 日 |  |
| 昭和　 年　　月 日 |  |
| 平成　 年　　月 日 |  |

摘要

　　１　令和５年１月１日の前日における営業年数を記入してください。

　　２　「創業」欄の記入に当たっては、組織変更が行われてから、変更前と営業内容の同一性　　　をもっていると認められる場合は、変更前の企業体の創業時をとります。また、営業を一　　　時中止する等営業内容に同一性が認められない場合は、その期間を「転廃業（休業）」欄　　　に記入し、その期間は「営業年数計」から控除してください。

　　３　営業年数は、１年を単位としますので、１２月未満は切捨ててください。

３　県内にある事業所等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所等の名称 | 所　　在　　地 | 責任者職氏名 | 職員数 | 電話番号 | 摘　　要 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

摘要　令和５年１月１日現在において福島県内にある営業所、出張所等を全て記入してくだ　　　　さい。

４　職員数

　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　　　種 | 計 | 計の経験年数別内訳 | | |
|  |  | ６年以上 | ３～６年未満 | ３年未満 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

摘要

　１　令和５年１月１日現在の職員を、職種別に記入してください。非常勤職員は含みません。職種名は適宜加え、その業務に専属的に従事する人数を記入してください。

　２　記載人数分の令和５年１月１日現在における直近の「健康保険及び厚生年金保険　　　　　保険者資格標準報酬決定通知書又は賃金台帳」の写しを添付してください。

５　営業の沿革

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 創　　業（　設　立　） | | 年　　月　　日 |
| 創  業  後  の  沿  革 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

摘要　「創業後の沿革」欄には、組織の変更、合併、分割、営業の休止及び再開、商号若　　　　　くは名称の変更又は資本金額の変更を年次順に記入してください。

６　営業実績

　　　　　　　　○○○業務 (1)　　　千円

○○○部門　(1)　　 千円 (2)　　　千円

(2) 千円

○○○業務 (1)　　　千円

(2) 千円

○○○業務 (1) 千円

(2) 千円

○○○業務 (1) 千円

　全事業 (2) 千円

　 (1)　　　　千円

(2) 千円 ○○○部門

　 ○○○部門

　 ○○○部門

　摘要　令和５年１月１日の直前２年分の各事業年度の決算売上高を部門別に記入するこ　　　　ととし、２年分のうち前年度を「(1)」欄に、前々年度を「(2)」欄にしてください。

７　主要取引金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 政府関係金融機関 | 普　通　銀　行 | 商工組合中央金庫  信用金庫・信用協同組合 | その他の金融機関 |
|  |  |  |  |

摘要

　１　「政府関係金融機関」の欄には、日本政策金融公庫、国際協力銀行、日本政策投資銀　　　　　行等について記載してください。

２　各金融機関とも、本所、本店、支所、支店、営業所、出張所等の区別まで記載してく　　　　　ださい。

８　主要受託先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　託　　先 | 所　　在　　地 | 受託金額 | 受託期間 | 摘　　要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　摘要

　　１　令和５年１月１日現在の直前２年分の各事業年度に係る受注実績のうち、官公署等を　　　中心とした当該業務についてのみ記入してください。

　　２　官公署については、受託金額を確認できる資料として、契約書の写しを添付してください。

様式２

業務実績証明願

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年　　月　　日（委託者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　（受託者）

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　福島県立医科大学が行う一般競争入札の資格確認のため必要ですので、下記業務を誠に履行したことを証明願います。

|  |
| --- |
|  |

業務実績証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（受託者）

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（証明者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記業務を誠実に履行したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 履行場所 |  |
| 履行期間 | 年　　月　　日から　　 　年　　月　　日まで（完了・履行中）  　 年　　月　　日から　　 　年　　月　　日まで（完了・履行中）  　 年　　月　　日から　　 　年　　月　　日まで（完了・履行中）  　 年　　月　　日から　　 　年　　月　　日まで（完了・履行中） |
| 業務概要 | 種別：病院  構造：　　　　　、階数：　　　　　階、　延べ床面積：　　　　　　㎡  上記建物について、業務対象延べ床面積　　　　　㎡ |

　　　　　　　　　　（証明担当者氏名及び連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　）

（注）１　入札公告２（６）（７）について記載をお願いします。

２　履行期間については、契約が12か月間以上にわたる場合は、12か月単位で記入すること。

様式３

入札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

申請者　住所

商号又は名称

代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　附属病院区域清掃業務に係る一般競争入札の入札保証金の納付を免除されるよう、下記の書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　入札保証保険契約を締結したことを証する書面（保険証券）

２　入札参加者が、過去２年間に国又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契　約を数回以上にわたり締結し、これらをすべて誠実に履行（契約履行中のものは含まない。）したことを証する業務実績証明書（入札参加資格確認申請書に添付して提出済のものについては、その写しとする。）。

**（注）添付書類の１又は２に○印を付すこと。**

様式４

入札書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

件名及び数量　　　附属病院区域清掃業務　一式

履行期間　　　令和５年４月１日　から　令和６年３月３１日まで

履行場所　　　福島市光が丘１番地

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　　　 　　　　　　　　　　　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５

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に開札の立会いに関する一切の権限を委任します。

１　件名及び数量　　附属病院区域清掃業務　一式

　２　履行期間　　令和５年４月１日　から　令和６年３月３１日まで

　３　履行場所　　福島市光が丘１番地

　　　令和５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６

入札出席届

令和５年　　月　　日

　　　入札参加者　住所

　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名 　　　　　　　　　　　　　印

１　件名及び仕様

　　 附属病院区域清掃業務　一式

２　出　席　者

　(1) 代表者（個人の場合は本人）又は代理人

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　　　名 | 備　　　考 |
|  |  |  |

(2) その他出席者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　　　名 | 備　　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

様式７

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

電話番号（　　　　　　　　　　　　　）

作成担当者職・氏名（　　　　　　　 　）

|  |
| --- |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |

様式８

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住 　　所

商号又は名称

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　代表者・氏名 印

実施体制及び配置人員数

　令和５年２月６日付け公告の附属病院区域清掃業務を履行するに当たっての組織体制及び配置人員数は下記のとおり相違ありません。

記

１　作業従事者の人員数（業務責任者等を含む）

　　　　　　　　　人 （別紙配置表参照）

２　業務責任者（現場責任者） 　副業務責任者

職・氏名　　　　　　　　　　　　　 職・氏名

３　緊急時（休日・夜間等）の連絡体制

←

公立大学法人福島県立医科大学

（報告）

　　　　　　　　　　　　　（指示）↓　　　　　　↑（報告）

|  |
| --- |
| ①本社  　担当部署名  　担当者職・氏名  　TEL  　FAX  　不在時の連絡先 |
| ②　　　　　　　　　営業所・支店  (応援要因が派遣できる最寄の営業所等)  担当部署名  担当者職・氏名  TEL  FAX  不在時の連絡先 |

　　　　　　　　　　　　　　（指示）↓　　　　　　↑（報告、応援要請）

|  |
| --- |
| 業務責任者氏名  ＴＥＬ（自宅）  副業務責任者氏名  ＴＥＬ（自宅） |

別紙

配置表

申請者 住 　　所

商号又は名称

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名 印

副業務責任者（　　　　　　　　　　　　　）

業務責任者（　　　　　　　　　　　　　）

○○○○業務

　　　　作業員　（計　　　名）

○○○○業務（計　　名）

作業監督責任者（　　　　名）

○○作業員　（　　名）

【内訳】

　　○○担当　（　　名）

　　○○担当　（　　名）

　　○○担当　（　　名）

　　○○担当　（　　名）

　　○○担当　（　　名）

○○○○業務

　　　　作業員　（計　　　名）

○○作業員　（　　名）

【内訳】

　　○○担当　（　　名）

○○作業員　（　　　名）

様式９

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 住 　　所

商号又は名称

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名 印

作業従事者名簿

　令和５年２月６日付け公告の附属病院区域清掃業務を履行するに当たって、予定する作業従事者は下記のとおりです。

　なお、予定する作業従事者は申請日現在当社の職員であることに相違ありません。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 性別 | （上段）現住所 | 当該業務の  経験年数 | 所有する  資格名称 |
| （下段）現在の勤務場所 |
| （業務責任者） |  |  |  |  |  |
|  |
| （副業務責任者） |  |  |  |  |  |
|  |
| （以下作業員） |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| 氏名 | 年齢 | 性別 | （上段）現住所 | 当該業務の  経験年数 | 所有する  資格名称 |
| （下段）現在の勤務場所 |
| （業務責任者） |  |  |  |  |  |
|  |
| （副業務責任者） |  |  |  |  |  |
|  |
| （以下作業員） |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

（注）業務責任者、副業務責任者については、社員であることを証明する書類及び履歴書（写真貼付）を提出すること。

様式１０

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 住 　　所

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名 　　　　　 印

親子会社等に関係する調書

【資本関係】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管工事業許可番号 | 商号又は名称 | 主たる営業所の住所 | 親子 | 摘要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【人的関係】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職・氏名 | 兼任先の管工事業  許可番号 | 兼任先の  商号又は名称 | 兼任先での  役　　　職 | 摘要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【記入上の注意】

　１　この調書は、提出日現在で作成し、８件を超える場合は別紙とすること。

　２　役職には、「代表取締役」、「取締役」、「管財人」、又は「執行役」を記入すること。

　　　「監査役」、「執行役員」、「監事」、「役員と兼ねていない役付職員」は記入しない、

　３　親子欄には、作成する会社側から見た関係を「親」、「子」、又は「子同士」と記入すること。

様式１１

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

　先に申請のありました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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公告日 | 令和５年２月６日公告 | |
| 件名及び数量 | 附属病院区域清掃業務　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、入札書の開札日に入札執行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。

委 託 業 務 着 手 届

令和　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学

　　理事長　様

住所

受託者

氏名

　令和５年　月　日付け契約の下記委託業務は、令和５年　月　日着手しましたので届けます。

記

　１　委託業務の名称　　附属病院区域清掃業務

　２　委託業務の場所　　福島市光が丘　他

　３　委託料の額　　　￥　　　　　　　　　　　　　　－

　４　委託の期間　　着　　手　　令和５年４月１日

　　　　　　　　　　　　履行期限　　令和６年３月３１日

業 務 責 任 者 通 知 書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学

　　理事長　様

受託者

令和５年　　月　日付け契約の附属病院区域清掃業務について委託仕様書に基づき業務責任者を下記のとおり定めましたので、通知します。

記

　１　氏名

　２　生年月日

　３　住所

　４　当社における地位

　５　最終学歴

　６　資格

７　業務に関する実務経験年数・職歴