

(様式1)

入 札 書

|              |  |  |  |    |  |  |   |  |  |   |
|--------------|--|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
|              |  |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
| 入札価格<br>(税抜) |  |  |  |    |  |  |   |  |  |   |

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| 物品名           | 手術室用Cアームイメージングシステム一式     |
| 納品場所<br>(課・室) | 地方独立行政法人桑名市総合医療センター 指定場所 |
| 入札保証金         | 免除                       |

上記金額でご指示の条件によって受託したいから入札します。

令和      年      月      日

地方独立行政法人桑名市総合医療センター  
病院長 山田 典一 様

入札者

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

- (注) 1. この入札書は、1 件ごとに作成し、インク又は墨で記入し、数字はアラビア数字を用いること。
2. 金額の訂正は認めない。

(様式2)

# 委 任 状

令和      年      月      日

地方独立行政法人桑名市総合医療センター  
病院長 山田 典一 様

私は、                                を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

代理人\_\_\_\_\_印

記

(物品名) 手術室用Cアームイメージングシステム一式

上記の入札（見積）及び契約締結に関すること。

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

(様式3)

令和 年 月 日

## 一般競争入札参加資格確認申請書

地方独立行政法人桑名市総合医療センター  
病院長 山田 典一 様

住 所  
商号又は名称  
代 表 者 氏 名  
担 当 者 氏 名  
電 話  
F A X  
E メ ー ル  
印

下記の一般競争入札に参加する資格について確認されたく資料を添えて申請します。  
なお、この申請書及び添付資料に記載した事項は、事実と相違ないことを誓約します。

### 記

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 入 札 日 | 令和7年9月24日            |
| 物 品 名 | 手術室用Cアームイメージングシステム一式 |

(添付資料)

- 一般競争入札参加資格要件総括表 (様式4)

一般競争入札参加資格要件総括表

| 区分 | 資格要件    | 内 容                                                                                                                       |
|----|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 公告2 (1) | 参加資格要件を <input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない                                                  |
| 2  | 公告2 (2) | 参加資格要件を <input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない                                                  |
| 3  | 公告2 (3) | 参加資格要件を <input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない                                                  |
| 4  | 公告2 (4) | 参加資格要件を <input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない                                                  |
| 5  | 公告2 (5) | 参加資格要件を <input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない                                                  |
| 6  | 公告2 (6) | 販売証明書の提出が <input type="checkbox"/> 必要である <input type="checkbox"/> 必要でない<br>( 遅延書の提出の有無      :      有      ・      無      ) |

## 入 札（ 見 積 ） に つ い て

貴社名と社印(使用印鑑届けの印)が入った入札(見積)書を1通ご用意下さい。  
(開札当日も、貴社名と社印(使用印鑑届けの印)が入った入札(見積)書を1通ご用意下さい。)  
なお、封筒は、下記の様式によってください。

- (注) 1. 入札(見積)価格の訂正は、訂正印があっても無効となります。  
2. 入札(見積)書に記名・押印の漏れが有る場合は無効とします。  
3. 入札(見積)書には、必ず年月日を記入してください。  
4. その他、事前に指定した条件を完備しない場合は無効です。  
5. 入札(見積)終了後仕様書を返却してください。  
6. 指定の様式(用紙)を使用しない入札(見積)は無効です。

(表)

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 地方独立行政法人桑名市総合医療センター<br>病院長 山田 典一 様 |   |
| 入札(見積)書在中                          |   |
| 件名                                 |   |
| 社名                                 |   |
| 代表者名                               | 印 |

(裏)

|             |   |   |   |             |
|-------------|---|---|---|-------------|
| 糊<br>付<br>け | 印 | 印 | 印 | 糊<br>付<br>け |
|-------------|---|---|---|-------------|

|             |  |
|-------------|--|
| 桑名市<br>登録番号 |  |
|-------------|--|

販 売 証 明 書

令和 年 月 日

(申請者) 所 在 地  
商 号 又 は 名 称  
代表者役職名・氏名 印

◎上記の者は次のとおり当社 { 代理店 特約店 } であることを証明します。  
一次取扱店

◎別紙の販売証明書の代理店 ( ) が仕入れ先となります。

代理店  
上記の代理店については { 特約店 } であることを証明します。  
一次取扱店

記

| 対 象 品 目 | 規格 | メーカーまたは総販売元 |
|---------|----|-------------|
|         |    |             |
|         |    |             |
|         |    |             |
|         |    |             |
|         |    |             |

(証明者) 所 在 地  
( フ リ ガ ナ )  
商 号 又 は 名 称  
代表者役職名 ・ 氏名 印

(TEL )

【注意事項】

- ① 証明書の申請者がメーカー又は総販売元の場合は、証明者の記入は不要です。なお、代理店、特約店、一次取扱店の場合は、必ずメーカー又は総販売元から証明書を発行されていること。
- ② 証明書の発行がメーカー又は総販売元から得られない場合は、仕入れ先の販売代理店等から証明書を発行されること。その際、使用する販売証明書については、本販売証明書を複写し、該当する販売店に記入及び押印をしてもらうこと。
- ③ 虚偽の申請があった場合には、地方独立行政法人桑名市総合医療センター契約事務取扱規程第26条の規定により、処罰の対象とする。

# 販売証明書の提出に際しての注意事項

1. この証明書は、メーカー又は総販売元（以下「証明者」という。）と地方独立行政法人桑名市総合医療センターの行う競争入札参加資格(物品購入)の資格審査を受けようとする者との関係を明確にするためのものです。

必ず証明者において責任ある記入をしてください。

2. メーカーまたは総販売元の{  
代理店  
特約店  
一般取扱店  
} 内の該当項目を○でかこんでください。

上記に該当しない場合は、( )に仕入れ先の代理店名を記入してください。  
代理店名記入後に、その代理店がどの取扱い店に該当するかを○でかこんでください。

なお、先の代理店について{  
代理店  
特約店  
一般取扱店  
} 内の該当項目を○でかこんでください。

3. 上記の2.に該当しない場合には、仕入れ先である販売店から販売証明書の発行を受けてください。  
その際、販売店からの販売証明書は、指定した販売証明書に記入してもらうこと。なお、仕入れるまでに複数の販売店を介している場合には、販売店ごとに販売証明書を貰うこと。
4. 用紙が2枚以上必要なときは、様式6を必要数だけ複写して使用してください。
5. 虚偽の申請があった場合には、地方独立行政法人桑名市総合医療センター契約事務取扱規程第26条の規定により、処罰の対象とする。

(様式7)

令和      年      月      日

販売証明書提出遅延届

地方独立行政法人桑名市総合医療センター  
病院長 山田 典一 様

住            所  
商号又は名称  
代 表 者 氏 名  
担 当 者 氏 名  
電            話  
F    A    X  
E   メ   ー   ル

印

販売証明書に関しまして、入札参加締切日までに揃える事が出来ないため、販売業者に  
確認し下記の日時までに提出する事が確認できたため、販売証明書提出遅延届を添えて  
申請します。  
なお、この申請書及び添付資料に記載した事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

|                |                                                  |
|----------------|--------------------------------------------------|
| 提   出   日      | 令和      年      月      日（    ）の      時頃までに提出致します。 |
| 件            名 | 手術室用Cアームイメージングシステム一式                             |
| 遅   延   理   由  |                                                  |

【入札会場案内図】



【管理棟案内図】

