

(様式1)

入 札 書

入札価格 (税抜)				百万			千			円

委託件名	自動グリコヘモグロビン分析装置保守業務委託
委託場所 (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

(委託件名) 自動グリコヘモグロビン分析装置保守業務委託

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8年4月15日
委 託 件 名	自動グリコヘモグロビン分析装置保守業務委託

(添付資料)

1. 一般競争入札参加資格要件総括表 (様式4)

(様式4)

令和 年 月 日

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 「医薬品医療機器等法」第39条第1項の規定に基づく、高度管理医療機器等の販売業、 賃貸業の許可を受けた事業者番号 ()
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

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 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 付 け	印	印	印	糊 付 け
-------------	---	---	---	-------------

【入札会場案内図】



【管理棟案内図】

