

(様式第 1 号)

## 参加表明書

令和 年 月 日

鳥取県立厚生病院長 花木 啓一 様

(提出者)

住所

商号又は名称

代表者

印

(作成責任者)

所属・職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メールアドレス

令和 7 年 1 2 月 2 3 日付調達公告に係る下記業務について入札書提出の意思がありますので、別添のとおり資料を提出します。

なお、本書及び添付資料の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

### 記

#### 1 調達案件の名称

オンライン入金機による集配金業務

#### 2 入札参加資格について

- (1) 当社は、地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 の規定に該当しない者です。
- (2) 当社は、この調達の公告日から本書提出日までの間のいずれの日においても、鳥取県指名競争入札参加資格者指名停止措置要綱（平成 7 年 7 月 17 日付出第 157 号）第 3 条第 1 項の規定による指名停止措置を受けていません。また、この調達の開札日までに指名停止を受けた場合には、入札参加資格を無効とされても異議を申し立てません。
- (3) 当社は、この調達の公告日から本書提出日のいずれの日においても、会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）の規定による更生手続開始の申立て又は民事再生法（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行っていません。また、この調達の開札日までに当該手続開始の申立てを行った場合は、入札参加資格を無効とされても異議を申し立てません。
- (4) 当社は、令和 6 年鳥取県告示 507 号（物品等の売買、修理等及び役務の提供に係る調達契約の競争入札参加者の資格審査の申請手続等について）に基づく競争入札参加資格を有する者で、その業務区分が警備のその他もしくは運送・旅客業の貨物運送に登録された者です。（その内容がわかるものを添付すること。）

(様式第2号)

入札書 (第 回)

鳥取県立厚生病院長 花木啓一 様

鳥取県病院局財務規程（平成7年鳥取県病院局管理規程第12号）、鳥取県会計規則（昭和39年鳥取県規則第11号）、入札条件等を承知の上、次のとおり入札します。

令和          年          月          日

入札者 住所  
商号又は名称  
代表者

印

代理人 住所  
氏名

印

1 入札件名            オンライン入金機による集配金業務

2 入札金額 金 円  
(うち消費税及び地方消費税の額 円)

(様式第3号)

# 委任状

令和 年 月 日

鳥取県立厚生病院長 花木啓一 様

(委任者) 住所

商号又は名称

代表者氏名 印

私は、下記の者を代理人と定め、「オンライン入金機による集配金業務」の入札に係る一切の権限を委任します。

記

(受任者) 住所

名称

代理人使用印



(様式第4号)

## 契約保証金免除申請書

鳥取県立厚生病院長 花木啓一 様

(申請者)

住所

商号又は名称

代表者

印

(作成責任者)

所属・職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メールアドレス

令和7年12月23日付けで公告のあった下記案件の契約に係る契約保証金について、鳥取県会計規則第112条第4項の規定の例により契約保証金の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 案件名称        オンライン入金機による集配金業務

2 理由（該当しないものを抹消すること）

- （1）保険会社との間で鳥取県を被保険者とする履行保証保険契約を締結している。
- （2）国、地方公共団体その他の法人と、この契約と同種でかつ同程度の規模であると認められる契約を締結し、平成28年4月1日から令和2年12月17日までの間にこれを誠実に履行した。

注1 申請者は、1の案件の契約を行う者（代表者又は代表者から契約の権限の委任を受けた者）とすること。

注2 保険会社との間に履行保証保険契約を締結している場合は、当該履行保証保険契約に係る保険証券の写しを添付すること。

注3 国、地方公共団体その他の法人との契約に係る実績については、その実績を証するもの（契約書の写し等）を添付すること。

(様式第5号)

(注意) 電子契約を希望する落札者は、この書類を落札決定通知後速やかに提出してください。

## 電子契約同意書兼メールアドレス確認書

以下の案件（契約）について鳥取県が利用する電子契約サービスを利用して電子契約を締結することに同意します。

なお、契約締結権限者の承認に利用するメールアドレス等は、次のとおりとします。

1 契約名（業務（工事）名、発注案件名等）

2 契約締結権限者

氏名

メールアドレス

鳥取県立厚生病院

院長 花木 啓一 様

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者氏名（個人の場合は氏名）

※留意事項 利用するメールアドレスに変更があった場合、再度本様式による提出をお願いします。