（様式第１号）

入札参加資格確認書

鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

案件名称：鳥取県立中央病院免震部点検業務

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、令和６年鳥取県告示第 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に係る業種区分が建物等の保守管理の建物構造部の点検整備に登録されている者又はその業種区分の登録申請中の者であります。

３　当社は、本件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（再度入札を含む。）までに指名停止措置を受けた場合には、入札参加資格を無効とされても異議を申し立てません。

４　当社は、一般社団法人日本免震構造協会の第１種正会員又は点検業務関連企業です。

５　当社は、平成28年４月１日以降に、１棟当り10,000平方メートル以上の施設の免震装置の定期点検を、元請けとして完了した実績を有する者です。それを証するものは別添のとおりです。

６　当社は、本件業務に係る業務責任者として、免震建物点検技術者（一般社団法人日本免震構造協会の資格制度に基づくもの）の資格を有する者を配置させることができます。それを証するものは別添のとおりです。

上記のとおり相違ないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

名　　称

代 表 者

作成担当者部署

作成担当者氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メール

（様式第２号）

質　　問　　書

令和 　 年 　 月 　日

鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

提 出 者

住　　所

氏　　名

（法人にあっては法人名及び代表者の職・氏名）

担当者部署

担当者氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メール

鳥取県立中央病院免震部点検業務に係る下記事項について質問します。

記

【質問事項１】

【質問事項２】

【質問事項３】

（様式第３号）

　　入　　札　　書（第　　回）

　　鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　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）、政令、本件公告、仕様書及び入札説明書等を熟覧のうえ、次のとおり入札します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　入札者 住　　　所

　　　　　　　　　　　　 名　　　称

　　　　　　　　　　　　 代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　代理人　 住　　　所

　　　　　　　　　　　　　 氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の名称 | 鳥取県立中央病院免震部点検業務 |
| 業務の場所 | 鳥取市江津730　鳥取県立中央病院 |
| 入札金額 | 金　　　　　　　　　　　　円  　（うち消費税及び地方消費税の額　金　　　　　　　円） |

備考

１　入札金額は、算用数字で記載すること。

２　入札書に記載する金額は、契約申込金額（課税業者にあっては、消費税及び地方消費税の額を含めた金額）とし、併せて、内訳に消費税及び地方消費税の額を記載すること。

３　入札書に記載する金額は、契約期間の総額を記載すること。

４　各年度内における支払想定額は、契約申込金額を４で除した金額（１円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。）とする。なお、その金額の合計金額が本業務に係る契約申込金額に満たない場合は、当該不足額を最初年度分とする。

（様式第４号）

委　　任　　状

鳥取県立中央病院長　　千酌　浩樹　様

委任者 　　　住　所

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、下記の者を代理人と定め、次の業務に関する入札の一切の権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

受任者 住　所

名　称

代表者

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の名称 | 鳥取県立中央病院免震部点検業務 |
| 業務の場所 | 鳥取市江津730　鳥取県立中央病院 |

（様式第５号）

契約保証金免除申請書

令和　　年　　月　　日

鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

（申 請 者）

住　　　所

名　　　称

代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（この申請に係る責任者及び連絡先）

所　　　 属

氏　　　 名

電 話 番 号

ファクシミリ

電子メール

令和７年８月22日付けで公告のあった鳥取県立中央病院免震部点検業務の契約に係る契約保証金について、鳥取県会計規則（昭和39年鳥取県規則第11号）第112条第４項の規定により、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

注１　申請者は、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。

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（写し不可）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（契約書写し等）を添付すること。

（様式第６号）

電子契約に関する同意書

令和　　　年　　　月　　　日

鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

（契約締結権限者）

住　　　　所

商号又は名称

役職及び氏名

（この書類の作成責任者）

所属・職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メールアドレス

下記案件の契約について、鳥取県が利用する電子契約サービスにより契約を締結することに同意します。

なお、契約締結権限者が電子契約サービスで使用する電子メールアドレスは下記のとおりです。

記

案件名称　　　　　　　鳥取県立中央病院免震部点検業務

電子メールアドレス

（注）契約締結権限者は、代表者又は本契約の締結に関する権限を委任された者に限る。