

入札参加資格確認申請書

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

⑩

下記の入札参加資格の確認を申請します。
なお、入札公告にある参加条件を全て満たしていることを誓約します。

記

| | |
|------|---|
| 件 名 | 平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務（1件当たりの単価） |
| 担当者等 | （氏名） （TEL） （FAX） |
| 添付書類 | 島根県又は広域連合を構成する市町村の入札参加資格の認定を受けていることを証明する書類（写） |

上記の申請について、入札参加資格があるものと確認しました。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬 ⑩

記入例

入札参加資格確認申請書

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

住 所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

代表者氏名 代表取締役 会計 納印

『島根県又は広域連合を構成する市町村
の入札参加資格審査』に申請し、登録され

下記の入札参加資格の確認を申請します。
なお、入札公告にある参加条件を全て満たしていることを誓約します。

記

| | |
|------|---|
| 件名 | 平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価) |
| 担当者等 | (氏名) (TEL) (FAX) |
| 添付書類 | 島根県又は広域連合を構成する市町村の入札参加資格の認定を受けていることを証明する書類(写) |

上記の申請について、入札参加資格があるものと確認しました。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬印

入 札 書

| | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 十銭 | 銭 |
|------|----|---|---|---|---|---|----|---|
| 入札金額 | | | | | | | | |

(消費税及び地方消費税を含まない金額)

ただし、平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価)

上記のとおり、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則及びその他仕様書等を承知のうえ入札します。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

住 所 _____

商号又は名称 _____

氏 名 _____ (印)

(代 理 人) _____ (印)

記入例

第 回

第1回入札は記入不要。
再度入札時に記入してください。

入札書

| | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入札金額 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 十 | 銭 | 銭 |
| | | | | | | | | | |

(消費税及び地方消費税を含まない金額)

金額の頭に¥記号を付記のこと。

ただし、平成〇〇年度 〇〇〇〇の封入封緘業務(1件あたりの単価)

上記のとおり、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則及びその他仕様書等を承知のうえ入札します。

入札年月日を記入してください。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

広域連合の入札参加資格確認申請に使用した印鑑を押印のこと。
※代理人へ委任の場合は不要

住所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

氏名 代表取締役 会計 納

(代理人)

代理人が参加する場合、委任状と同じ印鑑を押印のこと。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

入札保証金免除申請書

島根県広域高齢者医療広域連合で発注される下記の業務の一般競争入札において、島根県広域高齢者医療広域連合財務規則第85条の規定により入札保証金の免除を受けたいので、申請します。

記

1 件名

平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務（1件当たりの単価）

2 入札保証金の免除に該当する事由（ア又はイのいずれかに○をする。）

ア 島根県広域高齢者医療広域連合を被保険者とする入札保証金契約を締結したため
※履行保証保険証券を添付してください。

イ 過去2箇年の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2回以上にわたって締結し、かつ、これらを全て誠実に履行しているため
※下表を記入の上、契約書の写しを添付してください。ただし、契約先が島根県後期高齢者医療広域連合の場合は、契約書の写しの添付は不要です。

| 種類 | 契約金額 (実績総額) | 契約期間 | 契約先 |
|----|----------------|--------------------------|-----|
| | 円 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 円 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 円 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |
| | 円 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | |

記入例

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

住所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

代表者氏名 代表取締役 会計納 

入札保証金免除申請書

島根県広域高齢者医療広域連合で発注される下記の業務の一般競争入札において、島根県広域高齢者医療広域連合財務規則第85条の規定により入札保証金の免除を受けたいので、申請します。

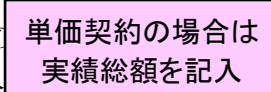
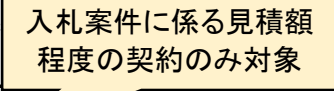
記

1 件名

平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価)

2 入札保証金の免除に該当する事由(ア又はイのいずれかに○をする。)

ア 島根県広域高齢者医療広域連合を被保険者とする入札保証金契約を締結したため
※履行保証保険証券を添付してください。

イ 過去2箇年の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2回以上にわたって締結し、かつ、これらを全て誠実に履行しているため
※下表を記入の上、契約書の  ください。ただし、契約先が島根県後期高齢者医療広域連合の場合  の添付は不要です。

| 種類 | 契約金額 (実績総額) | 契約期間 | 入札案件の契約期間 程度の契約のみ対象 | 先 |
|-----|--------------------|-----------------------------|------------------------|--------|
| 賃貸借 | X, XXX, XXX | 平成24年4月1日 31日まで | | 〇〇市 |
| 賃貸借 | X, XXX, XXX, XXX 円 | 平成25年4月1日から 平成30年3月31日まで | | 〇〇事務組合 |
| | | | 特別地方公共団体も可 | |
| | | | | |

委任状

私は、_____を代理人と定め、下記事項の権限を委任します。

記

1. 「平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価)」の入札に関する一切の権限。
2. 受任者使用印鑑



平成 年 月 日

委任者 住 所 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____

印

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

記入例

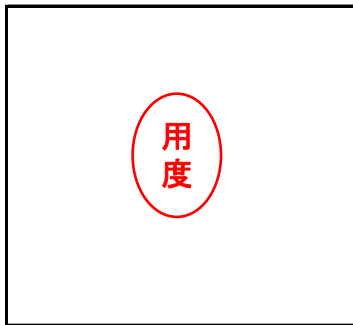
委任状

個人名を記入のこと。

私は、用度 太郎を代理人と定め、下記事項の権限を委任します。

記

- 「平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価)」の入札に関する一切の権限。
- 受任者使用印鑑



委任状を作成した日。

平成 年 月 日

広域連合の入札参加資格確認申請に使用した印鑑を押印のこと。

| | | |
|-----|--------|-------------|
| 委任者 | 住所 | 島根県松江市殿町1番地 |
| | 商号又は名称 | カイケイ(株) |
| | 代表者職氏名 | 代表取締役 会計 納 |

印

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 松浦正敬様

入 札 辞 退 届

| | |
|------|-----------------------------------|
| 入札件名 | 平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価) |
|------|-----------------------------------|

上記については、都合により入札を辞退します。

平成 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

島根県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 松 浦 正 敬 様

1. **入札執行前までに辞退する場合**
※「入札辞退届」を広域連合へ持参又は郵送により入札日の前日までに到着させること。
2. **入札執行中に辞退する場合**
※「入札辞退届」又はその旨を記載した「入札書」を入札執

入 札 辞 退 届

| | |
|------|-----------------------------------|
| 入札件名 | 平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価) |
|------|-----------------------------------|

上記については、都合により入札を辞退します。

平成 年 月 日

広域連合の入札参加資格確認申請
に使用した印鑑を押印のこと。

住 所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ (株)

代表者職氏名 代表取締役 会計 納



島根県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 松 浦 正 敬 様

平成 年 月 日

住 所： _____

商号又は名称： _____

担当者 _____

電 話 _____

F A X _____

質 問 書

| | |
|------|-----------------------------------|
| 入札件名 | 平成31年度 歯科口腔健診受診券等封入封緘業務(1件当たりの単価) |
|------|-----------------------------------|

| No. | 質 問 事 項 |
|-----|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| No. | 質 問 事 項 |
|-----|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※質疑事項が複数ある場合はNo. を付してください。