第１号様式

(ファクシミリ送信）

**条件付一般競争入札説明書等に関する質問書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　　　　　　　　　入札参加者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　（代表者印省略）

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　- 　 -　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　ファクシミリ（　　 - - 　）

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 令和７年３月６日公告  整形外科2Dデジタルプランニングツール「mediCAD Classic」一式 |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 | |
|  | |

　第２号様式

**条件付一般競争入札説明書等に関する回答書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 令和７年３月６日公告  整形外科2Dデジタルプランニングツール「mediCAD Classic」一式 |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 | |
|  | |
| 回　　　　　答　　　　　事　　　　　項 | |
|  | |

第３号様式

**条件付一般競争入札参加資格確認申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　電　話　番　号　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ 番 号　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　（作成担当者職・氏名　　　　　　　　　　　　）

　令和７年３月６日付けで公告ありました調達契約に係る入札参加資格の確認を受けたいので、入札参加に必要な資格要件等について下記のとおり申請します。

　なお、この申請書及び添付書類の記載事項は、すべて事実と相違なく、かつ、入札に参加する者に必要な資格に関する事項にいずれにも該当していることを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　参加希望品名

　　整形外科2Dデジタルプランニングツール「mediCAD Classic」一式

２　物品購入（修繕）競争入札参加有資格者登録について

　(1)　登録番号　　（　　　　　　　）

　(2)　有効期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

３　物品購入（修繕）競争入札参加有資格者にかかる参加資格制限の有無について

　有　・　無

第４号様式　　　　　　　（注：本書の提出は不要です。）

条件付一般競争入札参加資格確認通知書

　　　　　　　　　年　　月　　日

　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長　印

　先に申請のありました条件付一般競争入札参加資格については、下記のとおり確認したので、お知らせします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 購入等件名  及び数量 | 令和７年３月６日公告  整形外科2Dデジタルプランニングツール「mediCAD Classic」一式 | |
| 本公告に係る  入札参加資格  の 有 無 | 有 | |
| 無 |  |
| 入札参加資格が  ないと認めた理由 |  |

※１　入札参加資格がないと通知された方は、入札参加資格がないと認めた理由について説明を求めることができます。

　　２　この確認通知書は、入札書の開札日に入札執行者から入札参加資格を確認するため提示を求められますので、開札日に必ず持参してください。

第５号様式

**入　札　書（　見　積　書　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額  （税抜） | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

　　　品　　名　　整形外科2Dデジタルプランニングツール「mediCAD Classic」一式

　　　納入場所　　公立大学法人福島県立医科大学附属病院　人工関節センター

　　　納入期日　　令和７年３月３１日

　上記のとおり入札(見積)いたします。

　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　住　　　　　所

　　　　　商号又は名称

　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

(代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印）

　公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

注）１　金額の文字の頭に、\を付すこと。

２　再度入札（見積）の場合は、入札(見積）書の前に「再」と記入すること。

第６号様式

**委　　任　　状**

　私は都合により下記の者を代理人と定め下記事項を委任します。

記

　令和７年３月１２日に執行される「整形外科2Dデジタルプランニングツール「mediCAD Classic」一式」の入札及び見積に関する一切の権限。

　　　　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

　　　　　　　　　　　委任者　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　受任者　職名又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人が出席する場合に必要）