様式１

条件付き一般競争入札参加資格確認申請書

令和　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号（　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者職・氏名）

　令和７年２月２８日付けで公告ありました公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託に係る条件付き一般競争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、下記１に掲げる資格要件に全て該当する者であること、また、下記２の添付書類の内容については、事実に相違ないことを誓約します。

記

１　入札に参加する者に必要な資格に関する事項

　　入札説明書３に記載のとおり

２　添付書類

　　入札説明書４に記載のとおり

様式２

履行証明願

令和　　年　　月　　日

（委託者）

（受託者）

住　　　　所

商号又は名称

代表者

氏　　　　名

福島県立医科大学附属病院が発注する物流管理業務の条件付き一般競争入札に係る資格審査に必要ですので、下記業務を誠実に履行したことを証明願います。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

履行証明書

令和　　　 年 　　月 　　日

福島県立医科大学附属病院　御中

（証明者）

　印

５００床以上の病院において、診療材料、医薬品、検査試薬の一括調達業務を含む物流管理業務を３年以上継続して履行したことを証明します。

※上記は１社で履行した実績証明とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名称 |  |
| 履行場所 |  |
| 業務範囲 | 診療材料　　・　　医薬品　・　　検査試薬 |
| 履行期間 | 平成・令和 　年 　月 日から平成・令和 　年 　月 　日まで（完了・履行中）  平成・令和 　年 　月 日から平成・令和 　年 　月 　日まで（完了・履行中）  平成・令和 　年 　月 日から平成・令和 　年 　月 　日まで（完了・履行中）  平成・令和 　年 　月 日から平成・令和 　年 　月 　日まで（完了・履行中） |
| 業務概要 | 病床数　　　：　　　　床  主な業務内容： |

（証明書発行担当部署名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（証明書発行担当者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（注）

履行期間については、契約が１２ヶ月以上連続して行われる場合は、１２ヶ月単位で記載願います。

後日簡単なアンケートをお願いすることがありますので、その際にはご協力宜しくお願い致します。

様式３

個別原価取得証明願

令和　　年　　月　　日

（委託者）

（受託者）

住　　　　所

商号又は名称

代表者

氏　　　　名

福島県立医科大学附属病院が発注する物流管理業務の条件付き一般競争入札に係る資格審査に必要ですので、下記患者別消費実績を取得したことを証明願います。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

個別原価取得証明書

令和　　　 年 　　月 　　日

福島県立医科大学附属病院　御中

（証明者）

　　印

５００床以上の病院において、手術等で使用した全診療材料及び医療消耗品の患者別消費実績を院内消費金額全体の約７０％～７５％把握していることを証明します。

※上記は１社による導入システムで把握した実績証明とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 院内全体消費金額 | 円（税抜き） |
| 個別原価取得金額 | 円（税抜き） |
| 個別原価取得率 | ％ |
| 個別原価取得期間 | 平成・令和 　年 　月 日から平成・令和 　年 　月 　日まで |
| 業務概要 | 病床数　　　：　　　　床  主な業務内容： |

（証明書発行担当部署名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（証明書発行担当者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式４

条件付き一般競争入札参加資格確認通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

令和　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

先に申請のありました条件付き一般競争入札に係る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

１　公示日　　　　　　令和７年２月２８日

２　件名及び数量　　　公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託　一式

３　本公告に係る入札参加資格の有無　　　　　　有　　　　　無

４　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　この通知書は、入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、入札日に必ず持参して下さい。

様式５

入　　札　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金　額** | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

件名及び数量　　公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託　一式

　　この入札保証金　　　　￥

上記のとおり入札します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　印

公立大学法人

福島県立医科大学理事長　竹之下　誠一　様

（注）金額の文字については頭に￥を付すこと。

　　　代理人をして入札する場合は、代理人であることの表示、当該代理人の氏名の記載及び押印をすること。

様式６

委　　任　　状

　私は今般都合により　　　　　　　　　（使用印鑑　　　　　印）を代理人とし、

下記業務の入札及び見積並び開札の立会いに関する一切の権限を委任します。

件名及び数量　公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託一式

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　　印

公立大学法人

福島県立医科大学理事長　竹之下　誠一　様

様式７

入札仕様書等に関する質問書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人

福島県立医科大学理事長　竹之下　誠一　様

　　　　　　　　　入札参加者　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　作成担当職・氏名（　　　　　　　　　）

　公立大学法人福島県立医科大学発注の「公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託」に関し、下記事項について質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

様式８

入札仕様書等に関する回答書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　竹之下　誠一

　「公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託」に関し、下記事項について回答します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |
| 回　答　事　項 |
|  |

様式９

入札保証金納付免除申請書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人

福島県立医科大学理事長　竹之下　誠一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号（　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者職・氏名）

　公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託に係る契約の入札保証金の納付を免除されたく、下記の書類を添えて申請します。

記

入札保証保険契約を締結したことを証する書面

その他

様式１０

入札保証金納付免除確認通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　さきに申請のありました条件付き一般競争入札に係る入札保証金の免除については、下記のとおり確認したのでお知らせします。

記

１　件名及び数量　　公立大学法人福島県立医科大学附属病院院内物流管理業務委託一式

２　入札保証金免除の有無　　　　　　有　　　　　　無

３　免除がないと認めた理由