　第１号様式

条件付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　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者職・氏名　　　　　　　　　　）

　令和７年３月１０日付けで公告ありました調乳業務委託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のいずれにも該当していることを誓約します。

記

１　参加希望業務名

　　調乳業務委託

２　福島県又は公立大学法人福島県立医科大学から入札参加資格制限措置又は指名停止措置の有無について

有　・　無　（いずれかに○を付してください。）

３　福島県内において食品衛生法（昭和２２年法律第２３３号）の規定による営業の禁止又は停止の処分の有無について

有　・　無　（いずれかに○を付してください。）

４　一般財団法人医療関係サービス振興会が行う医療関連サービスマーク制度の「院内調理等患者給食」認定事業者について

　(1)　認定番号　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

　(2)　有効期間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

５　ＩＳＯ９００１（給食に関連した適用に限る。）の取得について

有　・　無　（いずれかに○を付してください。）

６　提出添付書類

　(1) 一般財団法人医療関係サービス振興会が行う医療関連サービスマーク制度の「院内調理等患者給食」認定事業者認定証の写し

(2) ＩＳＯ９００１登録証の写し（給食に関連した適用のもの）

(3) 調乳業務の受託実績（第２号様式）

(4) 本店、支店又は営業所が福島県内にあることを示す書類

※申請者が福島県内の場合は記載不要

第２号様式

受　託　実　績

|  |  |
| --- | --- |
| 受託業務の名称 |  |
| 業務の概要 |  |
| 発注機関名 |  |
| 契約年月日 |  |
| 契約期間 |  |
| 総配置実人数 |  |

　注１　受託業務毎に本様式を作成し、契約書の写しを添付すること。

　注２　総配置人数は、当該業務に専ら従事している総人数を記入すること。

例：総配置実人数２０名、○月○日（任意の日）の従事人数１２名

第３号様式

入　　札　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額  (税抜) | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

１　業 務 名　　公立大学法人福島県立医科大学附属病院調乳業務委託

２　契約期間　　令和７年４月１日～令和９年３月３１日（２年間）

３　履行場所　　公立大学法人福島県立医科大学附属病院

上記のとおり入札いたします。

　　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　様

注１　金額の文字の頭に￥を付すこと。

注２　再度入札の場合は、入札書の前に「再」を記入すること。

第４号様式

委　任　状

私は、このたび都合により、　　　　　　　　　　印　を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

　令和７年３月２５日に執行される令和７年３月１０日公告の公立大学法人福島県立医科大学附属病院調乳業務委託の入札及び見積に関する一切の権限

令和　　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

第５号様式

仕様等に関する質問書

令和　　年　　月　　日

質問者　住　　　　　所

　　　　商号または名称

　　　　代表者職氏名

　　　　担当者職氏名

　　　　電話番号　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　FAX　（　　　　－　　　－　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 公　告　日 | 令和７年３月１０日　公告 |
| 件　　　名 | 公立大学法人福島県立医科大学附属病院調乳業務委託 |
| 質　　問　　事　　項 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

注）１　質問書はFAXにより送信した後、必ず電話で着信の確認をすること。

　　２　郵送の場合は、速達郵送によること。

　　３　複数の質問がある場合、質問ごとに質問書を作成すること。

　　４　回答は、公立大学法人福島県立医科大学ホームページに掲載する。