本件責任者：氏名

担　当　者：氏名

様式第１号

**入　　札　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

茨城県病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

名称又は商号

代表者氏名

代理人氏名

　仕様書及び図面等に指示された事項を承知のうえ、茨城県病院局会計規程（平成18年茨城県病院事業管理規程第21号）及び入札心得により下記のとおり入札します。

記

１　物件名

２　数　量

３　金　額

　　　　　　　　　　　　　億　　千　　百　　十　　万　　千　　百　　十　　円

　　　金

※１　落札決定に当たっては、入札書に記載された金額の１０パーセントに相当する額を加算した金額をもって落札価格とするので、入札者は、消費税等に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった契約金額の１１０分の１００に相当する金額（消費税等額抜き）を入札書に記載すること。

※２　入札書に記載された金額の１００分の１１０に相当する金額に１円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てるものとし、当該端数金額を切り捨てた後に得られる金額をもって、申込みがあったものとする。

本件責任者：氏名

担　当　者：氏名

様式第２号

**委　　　任　　　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

茨城県病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

名称又は商号

代表者氏名

私は、下記の者を代理人と定め、下記の一切の権限を委任します。

記

１　代理人　　　住　所

　　　　　　　　氏　名

２　委任事項

　　令和　　　年　　　月　　　日　茨城県において行われる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の入札（見積）に関する件

様式第３号

本件責任者：

担当者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見　　　積　　　書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　　月　　　日  　茨城県病院事業管理者　殿  見 積 者  住 　所  氏 　 名  電話番号  　　茨城県病院局会計規程（平成18年度茨城県病院事業管理規定第21号）及び見積りの際、指示された事項を承諾のうえ下記金額で見積りします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 納期限　令和　　　年　　　月　　　日  記 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 金 | 千 | | 百 | | 十 | 万 | | 千 | | 百 | 十 | | 円 |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  訳 | 品　　　名 | | | 規　格 | | 単位の称 | | | 数　量 | | 単　価 | | | 金　　額 | | | 備 考 |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | 要　求　課 | |  | | |
| 契　 　約　 　決　　 議 | | | | | | | | | | | |
| 局長(部長) | | 課長 | | 補佐(総括) | 補佐 | | | 係員 | | | 主任 |
| 検  査  事  項 | 検　印  長  課 印 | | 検査結果  　□合格　□不合格 | | | 検査員職氏名印 | | | | 受領年月日 | |
| 検査年月日 | | | 立会人職氏名印 | | | | 課出納員職氏名 　領  受 印 | |

ご注意　１　見積金額は、消費税額を含む金額を記載すること。

　　　　２　内訳欄の単価が消費税込みのときは、消費税込みである旨を備考に記載すること。

様式第４号

一般競争入札参加資格確認申請書

令和　　　年　　　月　　　日

　茨城県病院事業管理者　殿

所在地

名称又は商号

代表者氏名

　令和　　年　　月　　日付で公告のあった下記の物品調達に係る一般競争入札に参加したいので、入札に参加する資格等の確認について、確認資料を添えて申請します。

　なお、申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　入札公告のあった調達物品名

２　物品調達等競争入札参加有資格者登録番号　　№

３　添付書類

（１）入札物品の仕様書

（２）調達物品に係る迅速なアフターサービス・メンテナンスの体制が整備されていることを証明する書類

アフターサービス・メンテナンス体制証明書

令和　　　年　　　月　　　日

　茨城県病院事業管理者　殿

所在地

名称又は商号

代表者氏名

　令和　　年　　月　　日付けで公告に示された　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　については、下記のとおり迅速なアフターサービス・メンテナンスの体制が整備されていることを証明いたします。

記

※部門ごとに所在地、電話番号を記入すること