

(様式1)

事後審査型一般競争入札参加申請書

とちぎメディカルセンターしもつが 警備業務
請負業者選定事後審査型一般競争入札

標記一般競争入札について、参加申請書を提出します。
なお、参加表明書の作成および提出等に要する一切の費用は、当社が負担いたします。

年 月 日

一般財団法人 とちぎメディカルセンター
代表理事理事長 森田 辰男 様

提出者	郵便番号 住 所 会 社 名 代表者名 電話番号 F A X e - m a i l
担当者	担当部署 役 職 氏 名 電話番号 F A X e - m a i l

(様式2)

警備業務 質問書

年 月 日

質問番号	業務名	質 問 事 項

住 所

会社名

代表者

担当者氏名

電 話

E-mail

FAX

(様式3)

入 札 書

年 月 日

一般財団法人 とちぎメディカルセンター
代表理事理事長 森田 辰男 様

入札者

会 社 名	
住 所	
代表者名	⑩
(代理人)	⑩

公告書類等に定められた事項を承諾の上、次の金額で請負いたいのに入札します。

金 額	百億	拾億	億	千万	百万	拾万	万	千	百	拾	円

- 1 本書は、入札件名を記載した封筒に封入して下さい。
- 2 金額は、一つの枠に1字ずつアラビア数字で記入し頭書に¥を記入して下さい。
- 3 訂正したものは、無効とします。

入札件名 とちぎメディカルセンターしもつが 警備業務

(様式4)

委 任 状

年 月 日

一般財団法人 とちぎメディカルセンター
代表理事理事長 森田 辰男 様

入札者

会 社 名

住 所

代 表 者 名

㊞

私は_____を代理人に定め、次の入札に関する一切の権限
を委任します。

工事名 とちぎメディカルセンターしもつが 警備業務

(様式5)

事後審査型一般競争入札参加資格要件確認申請書

年 月 日

一般財団法人とちぎメディカルセンター
代表理事理事長 森田 辰男 様

住 所
申請者 商号又は名称
代表者氏名

2022年12月26日公告の下記の業務に係るとちぎメディカルセンターしもつが警備業務事後審査型一般競争入札について、関係書類を添えて入札参加資格要件確認の申請をいたします。
なお、本申請書及び確認資料の記載事項は事実と相違ないことを誓約いたします。

業務名称	とちぎメディカルセンターしもつが 警備業務
所在地	栃木県栃木市大平町川連420番地1

(参加資格要件確認事項)

入札参加申請書の有無	有 ・ 無
地方自治法施行令第167条の4第1項の該当の有無 (契約を締結する能力を有しない者など)	有 ・ 無
地方自治法施行令第167条の4第2項の該当の有無 (入札参加制限)	有 ・ 無
300床以上の病院全体の人的警備業務(業務の態様及び頻度が本件仕様書と同程度以上のもの)を1年間以上誠実に継続履行した実績を有すること。	有 ・ 無
管理者の氏名	
会社更生法に基づく更生手続開始の申立の有無	有 ・ 無
民事再生法に基づく再生手続開始の申立の有無	有 ・ 無
3億円以上の責任賠償保険に加入	有 ・ 無
法人税及び消費税(地方消費税含む)及び都道府県税・市町村民税を滞納していないこと	有 ・ 無