別記様式1

三重県立一志病院入院時使用物品サポートサービス提供

企画提案コンペ参加資格確認申請書

三重県立一志病院院長　あて

私は、令和7年1月24日付けで募集のあった、下記の案件に参加したいので、必要書類を添えて参加資格の確認を申請します。

なお、この申請書及び添付書類の記載事項については、事実と相違ないこと及び下記誓約事項について誓約します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　申請者　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 番号

本店の代表者以外の者が申請を行う場合は、「委任状（別記様式1－1）」で、申請にかかる権限の委任がされていることが必要です。

記

１　案件名称

三重県立一志病院入院時使用物品サポートサービス提供

２　誓約事項

(1)当該企画提案コンペに係る契約を締結する能力を有しない者でないこと。

(2)破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者でないこと。

(3)暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第32条第1項各号に掲げる者でないこと。

(4)三重県病院事業庁物件関係落札資格停止要綱により落札資格停止措置を受けている期間中である者又は同要綱に定める落札資格停止要件に該当する者でないこと。

(5)三重県税又は地方消費税を滞納している者でないこと。

(6)企画提案コンペの参加にあたり、国内の法律並びに三重県における諸規程を遵守し、仕様書等に基づき適正な入札を行うこと。

(7)サービス提供の実施事業者に選定された場合には、仕様書に記載された内容等を誠実に履行すること。

(8)当該申請書及び企画提案書等の提出書類について、三重県情報公開条例の規定に基づき情報公開の対象となることを承諾すること。

３　企画提案コンペ参加資格に関する事項

(1)企画提案コンペ実施時において、病院（40床以上）での入院時使用物品サポートサービス提供（物品等の入院患者等への提供）に係る実施実績を有すること。

＜実施実績を記入＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病　院　名 | 病　院　所　在　地 | 病床数 |
|  |  |  |

(2)提供する物品等のうち「紙おむつ類」については、当院内に設置の「売店」の運営事業者である下記事業者を通じて納品することを承諾すること。

愛知県名古屋市中村区葵太閤１丁目20番13号　秀幸ビル403

株式会社橋本

(3)リネン類の回収・交換を別事業者（協力事業者）に実施させる場合は、「平成5年2月15目指第14号厚生省健康政策局指導課長通知」の別添(1)に定める衛生基準、クリーニング業法に定める衛生基準に従い適正に実施できる事業者とすること。

＜協力事業者を記入＞　※該当する場合のみ

|  |  |
| --- | --- |
| 協力事業者名 |  |
| 協力事業者所在地 |  |
| クリーニング工場所在地 |  |
| 連絡先・担当者名 |  |

４　添付書類（※該当する資料の**□**に✔を入れてください。）

**□** 「登記簿謄本」又は「履歴事項証明書」（名称、主たる事業所、役員、目的及び事業等が記載されたもの。）の写し

**□** 消費税及び地方消費税についての「納税証明書（その３　未納税額のない証明用）」（所管税務署が過去6カ月以内に発行したもの）の写し

**□** 三重県内に本支店又は営業所等を有する事業者にあっては、「納税確認書」（三重県の県税事務所が過去6カ月以内に発行したもの）の写し

**□** 委任状（別記様式1－1）

５　当該申請書の記載内容に関する連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所 属 名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX 番号 |  |
| E-mail |  |

別記様式1－1

※代理人名義で申請書を提出される場合は、この委任状を添えて提出してください。

委　　任　　状

　案件名　　三重県立一志病院入院時使用物品サポートサービス提供

三重県立一志病院院長　あて

令和　　年　　月　　日

入札者

住　所

名　称

職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

上記の企画提案コンペにおいて、下記の者を代理人として定め、下記の権限を委任します。

記

代理人

住　所

名　称

職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

委任事項（※委任する事項の□に✔を入れてください。）

* 企画提案コンペ又は、見積もりに関する一切の件
* 参加資格確認申請に関する一切の件
* 契約の締結及び契約書に定める関係書類の一切の件
* 契約の履行に関する一切の件

別記様式2

質　疑　応　答　票

令和　　年　　月　　日

案件名　三重県立一志病院入院時使用物品サポートサービス提供

事業者名

担当者名

電話番号

FAX 番号

E-mail

質問・確認事項

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

回　答

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

担当　三重県立一志病院 運営調整部（岸畑）

TEL：059-262-0600　FAX：059-262-3264

E-mail：[ihos@pref.mie.lg.jp](mailto:ihos@pref.mie.lg.jp)