別記様式1

三重県立こころの医療センター入院時使用物品サポートサービス提供業務

企画提案コンペ参加資格確認申請書

三重県立こころの医療センター院長　あて

私は、令和７年２月６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

三重県立こころの医療センター入院時使用物品サポートサービス提供業務

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（50床以上）での入院時使用物品サポートサービスの提供（物品等の入院患者等への提供）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)サービスの提供について、当院内に設置の「売店」と連携したサービス提供体制を構築することについて、事前に下記の売店運営事業者の合意が得られていること。

愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-10　名古屋クロスコートタワー14F

　株式会社アインファーマシーズ　東海支店

　（担当者:物販事業部　販売三部 西日本第一支店 小澤 慎也 氏）

　　(3)リネン類の回収・交換・補充等を別事業者に実施させる場合には、下記の委託業者に依頼すること。

　　　三重県松阪市駅部田町203番地

株式会社トーカイ

（担当者:病院関連事業本部　第三営業部　三重営業課　課長代理　倉田　和真 氏）

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　　三重県立こころの医療センター入院時使用物品サポートサービス提供業務

三重県立こころの医療センター院長　あて

令和　　年　　月　　日

提案者

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　三重県立こころの医療センター入院時使用物品サポートサービス提供業務

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　三重県こころの医療センター

運営調整部総務課（藤原）

TEL：059-235-2125　FAX：059-235-2135

E-mail：kokorohp@pref.mie.lg.jp