

本件責任者：氏名
担 当 者：氏名

連絡先
連絡先

様式第 1 号

一般競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 島居 徹 殿

郵便番号
住 所
商号又は社名
代表者名

令和 年 月 日付けで公告のあった調達案件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、確認書類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・役務名
医事業務委託
- 2 物品調達等競争入札有資格者登録番号
No
- 3 添付書類
 - (1) 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないことを証する誓約書（様式第4号）
 - (2) 茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）第2条第1項又は同条第3号に規定するものでないことを証する誓約書（様式第5号）
 - (3) 医療事務に係る受託実績（様式第6号）
 - (4) 配置職員一覧表（様式第7号）
 - (5) 職員配置に関する誓約書（様式第8号）

本件責任者：氏名
担当者：氏名

連絡先
連絡先

様式第2号

入 札 書（役務用）

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 島居 徹 殿

住 所

商号又は名称

氏 名

代理人氏名

仕様書及び図面等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（平成18年茨城県病院局告示第2号）により下記のとおり入札します。

記

（1年間の金額を記載）

| | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金 額 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|-----|--------|
| 件 名 | 医事業務委託 |
|-----|--------|

（ご注意）

- 1 落札決定に当たっては、入札書に記載された金額に当該金額の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しますので、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）を入札書に記載してください。
- 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しします。
- 3 金額の前に「¥」の記号を付してください。
- 4 不要の文字は消してください。

本件責任者：氏名
担 当 者：氏名

連絡先
連絡先

様式第3号

委 任 状

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

住 所
商号又は名称
代表者の氏名

私は、下記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

1 代理人 住 所
商号又は名称
氏 名

2 委任事項

件 名 医事業務委託

執行年月日 令和 年 月 日

上記の入札案件に関する次の権限

- (1) 入札書及び見積書の提出
- (2) 上記各項を行うに必要な事項

本件責任者：氏名
担 当 者：氏名

連絡先
連絡先

様式第4号

誓 約 書

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

住 所

商号又は名称

氏 名

会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないことを誓約いたします。

本件責任者：氏名
担 当 者：氏名

連絡先
連絡先

様式第 5 号

誓 約 書

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

住 所
商号又は名称
氏 名

茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）第7条の規定により、下記事項について誓約いたします。

これらが、事実と相違することが判明した場合には、当該事実に関して貴県が行う一切の措置について異議の申立てを行いません。

なお、県の事務事業に関する各種申込資格等の確認のため、貴県が茨城県警察本部に照会することについて承諾します。

記

1 個人又は法人の役員等が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2条第6号に規定する暴力団員ではありません。

はい ・ いいえ
(いずれかを○で囲む)

2 次のいずれかに該当する者ではありません。

- (1) 暴力団員が事業主又は役員となっている事業者
- (2) 暴力団員以外の者が代表取締役を務めているが、実質的には暴力団員がその運営を支配している事業者
- (3) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している者（事業者を含む。）
- (4) 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者（事業者を含む。）
- (5) 暴力団（員）に経済上の利益や便宜を供与している者
- (6) 役員等が暴力団（員）と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難されるべき関係を有している者（事業者を含む。）

はい ・ いいえ
(いずれかを○で囲む)

3 暴力団員又は2の(1)から(6)までのいずれかに該当する者の依頼を受けて入札に参加しようとする者ではありません。

はい ・ いいえ
(いずれかを○で囲む)

- 茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）より抜粋
（公共工事等に係る措置）

第7条 県は、公共工事その他の県の事務又は事業により暴力団を利することとならないよう、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者を県が実施する入札に参加させない等の必要な措置を講ずるものとする。

- 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）より抜粋
（定義）

第2条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (2) 暴力団

その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体をいう。

- (6) 暴力団員

暴力団の構成員をいう。

様式第6号

医事業務に係る受託実績

| | | | | |
|---|-------|--|-----|--|
| 1 | 委託業務名 | | 請負額 | |
| | 病院名 | | 所在地 | |
| | 許可病床数 | | その他 | |
| 2 | 委託業務名 | | 請負額 | |
| | 病院名 | | 所在地 | |
| | 許可病床数 | | その他 | |
| 3 | 委託業務名 | | 請負額 | |
| | 病院名 | | 所在地 | |
| | 許可病床数 | | その他 | |
| 4 | 委託業務名 | | 請負額 | |
| | 病院名 | | 所在地 | |
| | 許可病床数 | | その他 | |
| 5 | 委託業務名 | | 請負額 | |
| | 病院名 | | 所在地 | |
| | 許可病床数 | | その他 | |

※ 契約実績ごとに、契約書の鑑(写)及び許可病床数の確認できる書類を添付すること

様式第7号

配置職員一覧表

| 項目 | 部署 | 役職 | 氏名 | 保有資格 | 職務経歴 |
|----|--------|-------|----|---------|------------------|
| A | | 管理責任者 | | 診療情報管理士 | 医事業務実務経験 20 年以上 |
| B | 外来会計入力 | | | | 外来会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 外来会計入力 | | | | 外来会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 外来会計入力 | | | | 外来会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 外来会計入力 | | | | 外来会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 入院会計入力 | | | | 入院会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 入院会計入力 | | | | 入院会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 入院会計入力 | | | | 入院会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 入院会計入力 | | | | 入院会計入力業務経験 5 年以上 |
| B | 入院会計入力 | | | | 入院会計入力業務経験 5 年以上 |

※保有資格・職務経歴を証明する資格者証及び別添実務経験証明書を添付すること

実務経験証明書

| | | | |
|--|-----------------------------------|--------|-------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | |
| 現在の勤務先の名称及び所在地 | 名称 | (TEL) | |
| | 所在地 | 〒 | |
| 実務経験の期間及び内容 | | | |
| 所属会社 部署 及び役職名 | 期間 | 職務の内容 | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 通算期間 | 年 月 | | |
| 上記のとおり、実務経験を有することを証明します。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 令和 年 月 日 </div> 所在地 〒 法人名（法人以外の場合にあっては事業所名） 代表者氏名（法人以外の場合にあっては任命権者等の氏名） 印 | | | |

本件責任者：氏名
担 当 者：氏名

連絡先
連絡先

様式第8号

誓 約 書

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

住 所
商号又は名称
氏 名

茨城県立中央病院医事業務委託仕様書6の(3)において定める配置職員の資格、技能並びに配置人員について、その要件を満たす当社の職員を配置できることを誓約いたします。