（様式第１号）

入札参加資格確認申請書

 　　令和　　年　　月　　日

　鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

 所在地又は住所

 商号又は名称

 役職及び氏名

　　　　　　　　　　　　　　（担当者）所属・役職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

ファクシミリ

　鳥取県立中央病院調達物品「灯油ＪＩＳ１号　24,000リットル」の一般競争入札に参加したいので、関係書類を添えて次のとおり資格の審査を申請します。

　なお、この申請書の記載事項及び添付書類については、事実と相違ないことを誓約します。

１　当社は、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４の規定に該当しない者です。

２　当社は、令和６年鳥取県告示第507号（物品等の売買、修理等及び役務の提供に係る調達契約の競争入札参加資格を得ようとする者の資格審査の申請手続等）に基づく競争入札参加資格（以下「競争入札参加資格」という。）を有するとともに、その業種区分が油脂・燃料類の石油に登録されている者です。

３　当社は、この調達の公告日から本書提出日までの間のいずれの日においても、鳥取県指名競争入札参加資格者指名停止措置要綱（平成７年７月17日付出第157号）第３条第１項の規定による指名停止措置を受けていません。

また、この調達の開札日（再度入札を含む。）までに指名停止措置を受けた場合には、入札参加資格を無効とされても異議を申し立てません。

（様式第２号）

質　　　問　　　書

令和　　年　　月　　日

　鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

　　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

（担当者）

所属・役職・氏名

　　電話番号

　　ファクシミリ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

鳥取県立中央病院調達物品「灯油ＪＩＳ１号　24,000リットル」に係る下記の事項について質問します。

記

【質問事項１】

【質問事項２】

【質問事項３】

（様式第３号）

委　　　任　　　状

令和　　年　　月　　日

　鳥取県立中央病院長　　千酌　浩樹　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者　所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、下記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

　委任事項　　鳥取県立中央病院調達物品「灯油ＪＩＳ１号　24,000リットル」の入札に関する権限

受任者　住所

氏名

（様式第４号）

入　　　札　　　書（第　　回）

令和　　年　　月　　日

　鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

　　　　　　　　　　　　　　入札者　所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　住所・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　本件調達公告、入札説明書及び仕様書を熟覧の上、次のとおり入札します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 　灯油ＪＩＳ１号 |
| 予定数量 |  24,000リットル |
| 単価 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

（注）金額は消費税及び地方消費税を含まない額とし、１円未満は切り捨てるものとする。

（様式第５号）

契約保証金免除申請書

令和 　 年 　 月 　日

鳥取県立中央病院　院長　千酌　浩樹　様

（申請者）

住　　　　所

商号又は名称

役職及び氏名

（この申請に係る責任者及び連絡先）

所属・職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メールアドレス

 　令和７年４月９日付けで公告のあった下記案件の契約に係る契約保証金について、鳥取県会計規則第112条第４項の規定により契約保証金の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

案件名称　鳥取県立中央病院調達物品「灯油ＪＩＳ１号　24,000リットル」

注１　申請者は、案件の契約を行う者（代表者又は代表者から契約権限の委任を受けた者）とすることとする。

注２　保険会社との間に履行保証保険契約を締結している場合は、当該履行保証保険契約に係る保険証券（写し不可）を添付すること。

注３　国、地方公共団体その他の法人との契約に係る実績については、その実績を証するもの（契約書写し等）を添付すること

（注意）電子契約を希望する落札者は、この書類（様式第６号）を落札決定通知後速やかに提出してください。

（様式第６号）

電子契約に関する同意書

令和　　　年　　　月　　　日

鳥取県立中央病院長　千酌　浩樹　様

（契約締結権限者）

住　　　　所

商号又は名称

役職及び氏名

（この書類の作成責任者）

所属・職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メールアドレス

下記案件の契約について、鳥取県が利用する電子契約サービスにより契約を締結することに同意します。

なお、契約締結権限者が電子契約サービスで使用する電子メールアドレスは下記のとおりです。

記

案件名　　灯油ＪＩＳ１号　24,000リットル

電子メールアドレス

（注）契約締結権限者は、代表者又は本契約の締結に関する権限を委任された者に限る。