

(様式第1号)

入札参加資格確認書

鳥取県立総合療育センター 院長 小枝 達也 様

案件名称：鳥取県立総合療育センター血液ガス分析装置賃貸借

- 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者の資格審査の申請手続等について)に基づく競争入札参加資格を有するとともに、その業種区分が医療・理化学機器類の医療機器又は理化学機器に登録されている者であります。
- 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。
- 4 当社は、鳥取県内に本店、支店、営業所又はその他の事業所を有し、従業員が常駐する者です。
- 5 当社は、本件公告に示した物品を納入期限までに納入場所に納入することができる者であって、当該物品の納入後、保守、点検、修理その他のアフターサービスを納入先の求めに応じて速やかに提供できる者であること。

上記のとおり相違ないことを誓約します。

令和 年 月 日

住 所
商号又は名称
役職及び氏名

(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

(様式第2号)

質 問 書

令和 年 月 日

鳥取県立総合療育センター 院長 小枝 達也 様

提出者

住 所

商号又は名称

役職及び氏名

(作成責任者)

所属・職・氏名

電話番号

ファクシミリ

鳥取県立総合療育センター血液ガス分析装置賃貸借に係る下記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

鳥取県立総合療育センター 院長 小枝 達也 様

委任者 住 所
商号又は名称
役職及び氏名

私は下記の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

記

委任事項 鳥取県立総合療育センター血液ガス分析装置賃貸借に関する入札の権限

受任者 住所

氏名

(様式第4号)

入 札 書

鳥取県立総合療育センター 院長 小枝 達也 様

鳥取県会計規則(昭和39年鳥取県規則第11号)、仕様書等を熟知のうえ、次のとおり入札します。

令和 年 月 日

入札者 住 所
商号又は名称
代表者(受任者) 氏名

案 件 名 称	鳥取県立総合療育センター血液ガス分析装置賃貸借
入 札 金 額	金 円 (うち消費税及び地方消費税の額 円)

注1 入札書に記載する金額は、賃貸借期間中(令和8年4月1日から令和13年3月31日まで)の総額を記載し、消費税及び地方消費税の額を含めた契約申込金額とする。併せて、課税事業者にあつては内訳として消費税額を記載すること。

2 入札書は、件名及び入札者名を記入し、「入札書」と明記した封筒に入れ、密封して提出しなければならない。

郵便等による入札の場合は、「第1回」、「第2回」及び「第3回」と明記した封筒にそれぞれ密封して提出すること。

3 入札金額は、算用数字で記載すること。

※契約保証金の免除を希望する落札者は、落札決定通知後速やかに提出してください。

(様式第5号)

契約保証金免除申請書

令和 年 月 日

鳥取県立総合療育センター 院長 小枝 達也 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8年1月27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 鳥取県立総合療育センター血液ガス分析装置賃貸借

- 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の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（過去2年間に履行した実績に限る。）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)

電子契約同意書兼メールアドレス確認書

令和 年 月 日

鳥取県立総合療育センター院長 小枝 達也 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承認に利用する電子メールアドレスは下記のとおりです。

記

案件名称 鳥取県立総合療育センター血液ガス分析装置賃貸借

電子メールアドレス

※留意事項

利用するメールアドレスに変更があった場合、再度本様式による提出をお願いします。
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ります。