第３号様式（第28条）

年　　月　　日

公募型指名競争入札参加意向申出書

横浜市病院事業管理者

業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印※

　次の指名競争入札に参加を申し込みます。

公表日　　令和5年8月17日 　　　　　　種目名　　医療機械器具

**（注意）種目別に提出してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 契約番号 | 件　　　名 |
| １ | なし | 全自動錠剤分包機の購入 |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本件責任者** |  **部　署　名　（任意）** |  |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** |  **部　署　名　（任意）** |  |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

（注意）

１　押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、参加資格を満たさないものとする。

２　「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、参加資格を満たさないものとする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。

３　「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、参加資格を満たさないものとする。

--------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 　　年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法 | 本人確認書類（　　　　　　　　）・電話・メールアドレスＦＡＸ番号・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

第４号様式（第17条、第22条第３項、第28条第２項）

年　　月　　日

納入(製造)実績調書

横浜市病院事業管理者

業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

種目名　　医療機械器具

|  |  |
| --- | --- |
| 契約番号又は公告番号 | 件　　名 |
| なし | 全自動錠剤分包機の購入 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※一般競争入札の場合は、契約番号又は公告番号を記入してください。

上記の案件について、次のとおり当該物品又はこれと同等の物品に係る納入（製造）実績があり、当該案件に係る物品等の納入又は製造が可能です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 納入先 | 品名 | 数量 | 金額(千円) | 納入完了年月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |

**（注意）１　種目別及び公告日（又は納入（製造）実績調書提出期限日）別にまとめて提出してください。**

**２　当該物品又はこれと同等の物品に係る納入（製造）実績で、完了したものを記入してください。**

**納入（製造）先は、官公庁・民間を問いません。**

**３　この入札における入札参加資格（条件）を満たす実績がない場合は、引受証明書を提出してください。**

第５号様式の１（第17条、第22条第３項、第28条第２項）

年　　月　　日

引　受　証　明　書

横浜市病院事業管理者

（証明者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

次の調達案件について、（入札参加者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が落札の際は、下の物品について、期限(期間)を厳守し供給することを証明します。

１　件名　　　　　　全自動錠剤分包機の購入

２　 品名等の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品　　　名 | メーカー・型番 | 数　量 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（注意）１　証明者欄は、メーカー、販売代理店、特約店等、入札参加者に対して当該物品を供給する者（支社、支店等でも可）が記載してください。（**自己証明不可**。ただし、メーカーが入札に参加する場合は除く。）

２　件名欄には、発注情報詳細（物品・委託等）等に記載されている件名を記載してください。

３　品名等の内訳欄には、仕様書に基づいて、供給物品ごとに品名、メーカー・型番、数量を記載してください。枠内に記載しきれない場合は、別紙内訳書を作成し、添付してください。

４　品名等の内訳が、仕様等を満たさないと判断した場合は、入札参加資格を有しないとすること又は落札者として決定しないことがあります。

別記様式１

入札（見積）書

　　年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　　　所

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名　 　　　　　 　　　　　　㊞※

　次の金額で、関係書類を熟覧のうえ、横浜市医療局病院経営本部契約規程を遵守し入札

（見積）いたします。

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

件　　名 全自動錠剤分包機の購入

|  |
| --- |
|  |

（注意）

　　入札（見積）書には、消費税法第９条第１項規定の免税事業者であるか課税事業者であるかを問わず、見積った契約希望価格の 110分の 100に相当する金額を記載すること。

※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本件責任者** |  **部　署　名　（任意）** |  |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** |  **部　署　名　（任意）** |  |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

（注意）

１　入札の場合、押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、無効とする。

２　入札の場合、「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、無効とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。

３　入札の場合、「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、無効とする。

------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 　　年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法（☐随意契約のため、在籍確認不要） | 通知書・申請書類・本人確認書類（　　　　　　　　　）電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

別記様式２

**設計図書《仕様書》等に関する質問書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

件名　　　全自動錠剤分包機の購入

|  |  |
| --- | --- |
| 件名、設計図書《仕様書》該当ページ等 | 質　　　問　　　内　　　容 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入 札 辞 退 届　　年　　月　　日　横浜市病院事業管理者住　　　　所商号又は名称代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　※　　次の入札について、都合により辞退したいのでお届けいたします。件　　　名　　　全自動錠剤分包機の購入※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本件責任者** |  **部　署　名　（任意）** |  |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** |  **部　署　名　（任意）** |  |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

１　押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、不受理とする。２　「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、不受理とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。３　「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、不受理とする。--------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 　　年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法 | 申請書類・通知書・本人確認書類（　　　　　　　　　　　）電話・メールアドレス・ＦＡＸ番号その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

 |

（Ａ４）