（様式第５号）

　　　令和　　年　　月　　日

長崎県五島中央病院

院長　竹島史直 様

委任者

商号又は名称

㊞

今般下記の者を代理人として定め、次の権限を委任いたします。

　受任者 住所

氏名 　 　 ㊞

（委任事項）

１　　　　　医用画像情報システム　　一式の入札

及び見積に関する一切の権限

（注）代理人が押す印鑑は、必ず入札書に使用する印鑑と同一のものとする。

（様式第６号）

入　　　札　　　書

令和　　年　　月　　日

長崎県五島中央病院

　 院長　竹島史直 様

商号又は名称

㊞

（代理人による入札の場合は代理人氏名） 　 ㊞

　￥

（消費税・地方消費税を含まず。）

１．入 札 件 名 　　　　　　医用画像情報システム　　一式

２．規格・数量　　　　　仕様書のとおり

３．納　入　先　　　　　長崎県五島市富江町狩立４９９

　　　　　　　　　　　　長崎県富江病院

４．納　　　期　　　　　令和６年３月２９日

備考　１　入札者は、消費税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、見積もった契約希望金額の１００／１１０に相当する金額を記載すること。

２　金額は、アラビア数字を用い、訂正又はまっ消することはできない。

（様式第７号）

見　　　積　　　書

令和　　年　　月　　日

長崎県五島中央病院

　 院長　竹島史直 様

商号又は名称

㊞

（代理人による見積りの場合は代理人氏名） 　 ㊞

　下記のとおり見積りいたします。

　￥

（消費税・地方消費税を含まず。）

１．入 札 件 名 　　　　　　医用画像情報システム　　一式

２．規格・数量　　　　　仕様書のとおり

３．納　入　先　　　　　長崎県五島市富江町狩立４９９

　　　　　　　　　　　　長崎県富江病院

４．納　　　期　　　　　令和６年３月２９日

備考　１　見積者は、消費税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、見積もった契約希望金額の１００／１１０に相当する金額を記載すること。

２　金額は、アラビア数字を用い、訂正又はまっ消することはできない。

（様式第８号）

　　　　　　　　　　　入札名　　医用画像情報システム　　一式

（表　）　　　　　　　　　　　　　入　　　　札　　　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　㊞

（ 裏　）

　 備考　１　封筒の大きさは標準規格長３を使用すること。

　　　　　２　封筒は糊付けしないこと。

入　札　辞　退　届

令和　　年　　　月　　　日

長崎県五島中央病院

　　院　長　　竹　島　史　直　　様

所　 在 　地

商号又は名称

代表者名

下記については、都合により入札を辞退します。

記

１　入札番号　　第　　－　　号

２　入 札 名　　　　医用画像情報システム　　　一式

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

競争入札参加申込書

長崎県五島中央病院　院長　竹島　史直 　様

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　入札公告に基づき、競争入札に参加を申し込みます。

　　　なお、今回の参加にかかる連絡等の担当者は下記のとおりです。

記

　　　　　１　入札件名　　医用画像情報システム　一式

　　　　　２　所属部署

　　　　　３　担当者名

　　　　　４　電話番号

　　　　　５　FAX番号

　　(注)１　複数名の記載でも可。

　　(注)２　別紙の誓約書（様式第２号）及び添付書類とともに、本紙を提出すること。

（様式第２号）

**誓　約　書**

入札参加について、入札公告に定める入札参加資格要件を満たしていること、また入札

の執行、契約の履行にあたっては関係諸規則を遵守し、決して不正の行為をなさないこと

を誓約いたします。

　　なお、万一違反不正の行為があった場合において入札公告に定める処分を受けても異議

はありません。

令和　　年　　　月　　　日

　　長崎県五島中央病院　院長　竹島　史直　　様

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　印

（様式第３号）

仕様書に対する回答書

長崎県五島中央病院　院長　竹島　史直 　様

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

本入札に係る仕様書について、以下のとおり回答致します。

１．入札名　　　医用画像情報システム　　一式

２．回答内容

①調達品の性能について　　　　　相違なし　　　　　・　　　　相違あり

（備考）

②性能・機能以外に関する事　　　相違なし　　　　　・　　　　相違あり

（備考）

③納入について　　　　　　　　　相違なし　　　　　・　　　　相違あり

（備考）

仕様書の内容に相違なし又は相違ありに丸で囲み選択して下さい。

相違ありの場合は備考に相違内容を記載して下さい。

質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 業者名 |  |
| 担 当 部　署 |  |
| 担 当 者 名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問日：　　令和　　年　　月　　日 | |
| 入札件名 | 医用画像情報システム　一式 |
| 質問事項 |  |
| （内　容） | |

　　　　　　　　　　　　　　　【提出先】

五島市吉久木町205番地

長崎県五島中央病院　財務係

電話 0959-72-3181　FAX 0959-72-2881

（お願い）FAX送信後は電話連絡をお願い致します。

仕様書貸出受付確認書

|  |  |
| --- | --- |
| 入札日 | 令和６年２月５日 |
| 入　札  件　名 | 医用画像情報システム　一式 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸出日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 返却日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 会社名 |  | |
| 受領者 | 氏　名 | ㊞ |
| 部署・役職 |  |
| 住　所 | 〒 | |
| 連絡先 | 電話 | |
| 備　考 |  | |