（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

競争入札参加申込書

長崎県上五島病院附属診療所有川医療センター

所長事務取扱　一宮　邦訓 　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　超音波画像診断装置　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

　　長崎県上五島病院附属診療所有川医療センター

所長事務取扱　一宮　邦訓　様

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　印

（様式第３号）

仕様書に対する回答書

長崎県上五島病院附属診療所

有川医療センター

所長事務取扱　一宮　邦訓　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　　超音波画像診断装置　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 | 超音波画像診断装置　一式 |
| 質問事項 |  |
| （内　容） | |

　　　　　　　　　　　　　　　【提出先】

新上五島町有川郷２２５５番地

長崎県上五島病院附属診療所

有川医療センター　総務医事係

電話 0959-42-0320　FAX 0959-42-0754

（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　　　年　　　月　　　日 |
| 入　札  件　名 | 超音波画像診断装置　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 |  | |