（様式Ａ）

入　　　　　札　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  金 | 億 |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |  円   |

　　　　　１ 工　事　名 奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事

　　　　　２ 工 事 番 号　　第　工－１－１　号

　　　　　３ 工 事 場 所　　奈良市平松一丁目　地内

　　　　　４ 入札保証金　　　免　除

　　　入札公告に係る書類一式に記載の事項を遵守のうえ、上記のとおり入札します。

　　　　令和　　年　　月　　日

 　地方独立行政法人 奈良県立病院機構

　　　理事長　　上　田　裕　一　　様

　　　　　　　　　入札者　住所（所在地）

　　　　　 　　　　　　　氏名（名　称） 　 　　 印

（様式Ａ　入札書記入例）

入　　　　　札　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  金 | 億 |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |  円   |

 ***※ 見積もった金額の「110分の100」に相当する金額を記入してください。***

　　　　　１ 工　事　名 奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事

　　　　　２ 工 事 番 号　　第　工－１－１　号

　　　　　３ 工 事 場 所　　奈良市平松一丁目　地内

　　　　　４ 入札保証金　　　免　除

　　　入札公告に係る書類一式に記載の事項を遵守のうえ、上記のとおり入札します。

　　　　令和　元年１２月１９日

 ***※*** ***入札年月日を記入してください。***

 　地方独立行政法人 奈良県立病院機構

　　　理事長　　上　田　裕　一　　様

　　　　　　　　　入札者　住所（所在地）

 ***※ 入札する法人の住所、名称及び代表者名を記入してください。***

　　　　　 　　　　　　　氏名（名　称） 　 　　 印

 　　　　***※*** ***代表者印を押印してください。***

 　　　　　 ***※*** ***委任状（委任者）と同じ印鑑を押してください。***

|  |  |
| --- | --- |
|  代 理 人 　　　 印 |   |

（入札書封緘例）

　封筒表面

|  |
| --- |
|  令和　元年１２月１９日　開 札 　　奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事　入札書　　　　　 　 所在地 ○○市△△町１丁目１０番１０号 　 　 　　　 ◎◎株式会社 　 　 　　　　 代表取締役　奈　良 太　郎 |

 縦書き・横書きのどちらでも可能。

　封筒裏面

|  |
| --- |
| 　  　   割印 |

 　 　封緘後、封筒の**貼り合わせ部分３ヵ所**に代表者印で割印してください。

（様式Ｂ）

委　　任　　状

　　　私は、（受任者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　(印)を代理人と定め、

　　次の事項を委任します。

　　　　　１ 工事名 　　奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事

　　　　　２ 工事番号　　　第　工－１－１　号

　　　　　３ 工事場所　　　奈良市平松一丁目　地内

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者使用印 |  |

　　　　上記の入札に関する一切の行為を委任します。

　　　　令和　　年　　月　　日

 　地方独立行政法人 奈良県立病院機構

　　　理事長　　上　田　裕　一　　様

 （委任者）

　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

 商号又は名称

　　　　　 　　　　　　　代表者職氏名 　 　　 　　　印 （様式Ｂ　委任状記入例）

委　　任　　状

　　　私は、（受任者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　(印)を代理人と定め、

　　次の事項を委任します。

　　　　　１ 工事名 　　奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事

　　　　　２ 工事番号　　　第　工－１－１　号

　　　　　３ 工事場所　　　奈良市平松一丁目　地内

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者使用印 |  |

　　　　上記の入札に関する一切の行為を委任します。

　　　　令和　元年１２月１９日

 ***※*** ***入札年月日を記入してください。***

 　地方独立行政法人 奈良県立病院機構

　　　理事長　　上　田　裕　一　　様

 （委任者）

　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

 ***※ 入札する法人の住所、名称及び代表者名を記入してください。***

 商号又は名称

 ***※*** ***代表者印を押印してください。***

　　　　　 　　　　　　　代表者職氏名 　 　　 　　　印

（様式Ｃ）

令和　元年　　月　　日

地方独立行政法人　奈良県立病院機構

　法人本部事務局　法人経営課　あて

 電　話　０７４２－８１－３４００

　　　　　ＦＡＸ　０７４２－８１－３４０４

業 者 名：

代表者名：

（担当者：　　　 ）

電話番号：

FAX番号：

Ｅ－mail：

質　問　書（ＦＡＸによる質問用紙）

 次の工事について下記のとおり質問します。

 工 事 名：奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事

　　　　工事番号：第　工－１－１　号

　　　　工事場所：奈良市平松一丁目　地内

記

|  |  |
| --- | --- |
| Ｎｏ | 質　問　内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※質問が１枚に収まらない場合は、枚数を分けてお送りください。

（様式Ｄ）

|  |
| --- |
| 競争入札参加資格確認申請書 　　　　 　　　　年　　月　　日 　地方独立行政法人 奈良県立病院機構　　　理事長　　上　田　裕　一　　様 　　　　住　　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名 印 連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　 連絡先ﾌｧｸｽ番号　　　　　　　　　　　　　 令和　元年１１月２８日付けで公告のありました　奈良県総合医療センター跡地土壌汚染対策工事　第　工－１－１　号に係る競争入札に参加する資格について、確認されたく、下記の書類を添えて申請します。　なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約するとともに、契約締結後において、この申請書及び添付書類の記載内容に疑義が生じ、同書類では参加資格を有していることが確認できないと判明した場合には、契約を解除され、違約金の請求を受けても異議を申し立てません。 ・建設業の許可の状況（この工事に関するもののみ記入すれば結構です。） |
|  |  　許　可　番　号 |  　許　可　年　月　日 |  許可を受けた建設工事の種類 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  添付書類　１．経営事項審査結果等を示す書面（様式Ｓ３） ２．配置予定技術者の資格・工事経歴報告書（様式Ｓ４） ３．現場代理人報告書（様式Ｓ８） |

（様式Ｓ３）

経営事項審査結果等を示す書面

 商号又は名称：

　経営事項審査の結果について

|  |  |
| --- | --- |
|  審　査　基　準　日 |  ＊総合評定値通知書の写しを添付してください。 |
|  年　　月　　日 |

（様式Ｓ４）

配置予定技術者の資格・工事経歴報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 　 氏 　 名 |  　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（年齢　 　才 ） |
|  所　　　属(会社名・部署名) |  |
|  採用年月日 |  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 法令による免許等 |  一級土木施工管理技士　　　　　　　　年取得 その他（ ） 年取得　　　監理技術者資格者証 　　　　　　年交付 ［交付番号　　　　　　　　　　　　］ 監理技術者講習修了証 年交付 ［交付番号　　　　　　　　　　　　］ |
| 工事経歴 |  工 事 名 |  |
|  発　注　者 |  |
|  施工場所 |  |
|  工期 |  　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
|  契約金額 |  　円 |
|  受注形態 |   |
|  工事概要 | ※工事種別「土木一式」に該当する内容の工事について記載してください。 |
|  工事種別 | 　土木一式 |
|  従事役職 |  　　　　　　 |

　※受注形態は単体又は共同企業体の別を記載してください。

　※一級土木施工管理技士等の資格を証する書面（の写し）及び３ヶ月以上の雇用関係を証明　　する書類（健康保険被保険者証の写し等）を添付してください。

 また、実務経験を有することを証する場合は実務経験証明書を添付してください。

　※工事概要についてはできる限り詳細に記入してください。

　 (完成・引渡の完了したもののうち、できるだけ最近の工事実績を記入してください。)

（様式Ｓ８）

現場代理人報告書

|  |  |
| --- | --- |
|  　氏 　 名 |  　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（年齢　 　才 ） |
|  所属 (会社名) |  |
|  採用年月日 |  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

 ※３ヶ月以上の雇用関係を証明する書類（健康保険被保険者証の写し等）を添付してください。