

(様式S1)

競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
法人本部事務局長 伊藤 克隆 様

住 所

商号又は名称

代 表 者 名

印

電 話 番 号

F A X 番 号

令和8年4月13日付けで公告のありました 新西和医療センター整備にかかる環境影響評価資料作成業務 委-2-5 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。

・建設コンサルタント業務の登録状況について（この業務に関するもののみ記入してください。）

登録年月日	登録番号	奈良県建設工事等入札参加資格 登録部門

※ 建設コンサルタント登録規程（昭和52年4月15日号外建設省告示第717号）第2条に基づく登録年月日及び登録番号を記載し、同規程第7条の規定による現況報告書（直近のもので地方整備局の受付印を押印したもの）の表紙の写しを添付してください。

〈申請書類〉

様式S2 業務実績報告書（必要に応じて、業務履行証明書（様式S2-2））

様式S6-1、様式S6-2 配置予定技術者の資格等に関する報告書

(様式S 2-2)

業 務 履 行 証 明 願

当該業務の発注機関の長 へあて

住 所

商号又は名称

代 表 者 名

印

地方独立行政法人奈良県立病院機構発注の「新西和医療センター整備にかかる環境影響評価資料作成業務 委-2-5」について入札参加資格確認申請をするに当たり、その参加要件である元請実績を証明するため、下記業務の履行実績について証明願います。

記

1. 業 務 名
2. 業 務 場 所
3. 履 行 期 間
4. 契 約 金 額
5. 業 務 の 概 要

業 務 履 行 証 明 書

上記について証明します。

令和 年 月 日
当該業務発注機関の長名

印

(様式S6-1)

配置予定技術者の資格等に関する報告書

(1) 管理技術者

氏名	
所属	
採用年月日	
法令による資格等	・技術士（総合技術監理部門（〇〇）：〇〇） 年 月 日取得 登録番号【 】 ・技術士（〇〇部門：〇〇） 年 月 日取得 登録番号【 】 ・RCCM（〇〇） 年 月 日取得 登録番号【 】 ・その他

※ 技術士等の資格等を証明する書面の写しを添付してください。

※ 競争入札参加資格確認申請書の提出の日以前に3か月以上の直接的な雇用関係にあることを証明する書面（注）を添付してください。

(2) 照査技術者

氏名	
所属	
採用年月日	
法令による資格等	・技術士（総合技術監理部門（〇〇）：〇〇） 年 月 日取得 登録番号【 】 ・技術士（〇〇部門：〇〇） 年 月 日取得 登録番号【 】 ・RCCM（〇〇） 年 月 日取得 登録番号【 】 ・その他

※ 技術士等の資格等を証明する書面の写しを添付してください。

※ 直接的な雇用関係にあることを証明する書面（注）を添付してください。

ただし、再委託する場合は、再委託先との雇用関係にあることを証明する書面（注）を添付してください。

（注）証明する書面の例

- ・市区町村が作成する住民税特別徴収税額通知書の写し
- ・健康保険・厚生年金被保険者標準報酬決定通知書の写し（被保険者整理番号及び基礎年金番号にマスキング（判読できないように）してください。）
- ・所属会社の雇用証明書 等

(様式S 6 - 2)

配置予定技術者の資格等に関する報告書

担当技術者

氏 名	
所 属	
採用年月日	
氏 名	
所 属	
採用年月日	
氏 名	
所 属	
採用年月日	

※直接的な雇用関係にあることを証明する書面（様式S 6 - 1 の（注）を参照）を添付してください。