

第1号様式

一般競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

沖縄県立中部病院長 殿

申請者	郵便番号	
	住所又は所在地	
	商号又は名称	印
	代表者氏名	
	電話番号	

沖縄県立中部病院が発注する医療コーディネーター業務委託契約について、一般競争入札に参加を希望します。なお、一般競争入札公告にある一般競争入札に参加することができない者に該当しない及び一般競争入札参加資格要件を全て満たしていること並びに申請書の内容について事実と相違ないことを誓約します。

記

申請書内容等に関する確認先	申請書記載責任者：
	電話番号：
	FAX番号：
	E-mail：

以上

## 地方公共団体等契約実績

(同種・同規模の履行実績、入札保証金免除用実績、契約保証金免除用実績)

※どの実績として提出するか○をつけること

沖縄県立中部病院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

地方公共団体等との契約状況は下記のとおりです。

発注者	件名	契約金額	着手年月日	完年月日
			月 年 日	月 年 日
			月 年 日	月 年 日
			月 年 日	月 年 日
			月 年 日	月 年 日
			月 年 日	月 年 日

○契約書(写)添付

※入札保証金または契約保証金免除を申請する様式として使用する場合は次の事項を満たすこと

○国(独立行政法人、公社及び公団を含む)又は地方公共団体との契約で、「種類」及び「規模」が今回の契約内容とほぼ同じにものについて、2年以内で直近のものを数件記入

# 質 問 書

令和 年 月 日

沖縄県立中部病院

医療コーディネーター業務委託契約 担当者 あて

会 社 名 :

職 ・ 氏 名 :

電 話 :

F A X :

メ ー ル :

今般実施の「医療コーディネーター業務委託契約」について以下のとおり質問します。

※内容について、詳細をわかりやすく記入してください。

# 委任状

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、下記件名の入札に関する一切の権限を委任いたします。

## 記

- 1 件名 医療コーディネーター業務委託契約
- 2 場所 沖縄県立中部病院
- 3 代理人使用印鑑 

令和 年 月 日

委任者 住所

商号又は名称

氏名 印

沖縄県立中部病院長 殿

第5号様式

## 入札辞退届

件名 医療コーディネーター業務委託契約

上記について入札参加の申請をしましたが、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

氏 名 印

沖縄県立中部病院長 殿

令和 年 月 日

## 社会保険に加入義務がないことについての申出書

沖縄県立中部病院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

社会保険に加入義務がない理由は、下記のとおりです。

### 記

#### 1 労働保険に加入義務のない理由

(該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください)

従業員がいないため(個人事業主で、事業主しかいない場合、または法人で取締役のみの事業所で構成される場合、等)

出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため

その他(理由を枠内に記入してください)

※ 従業員を1人以上使用しているすべての事業所に加入義務があります。

(詳細は、労災保険関係についてはお近くの労働基準監督署、雇用保険関係や被保険者となるかのお問い合わせ等についてはお近くの公共職業安定所までご確認ください)

#### 2 健康保険及び厚生年金保険に加入義務のない理由

(該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください)

常時使用する従業員が5人未満の個人の事業所のため

出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため

その他(理由を枠内に記入してください)

※ 法人の事業所の場合、または個人の事業所で常時5人以上の従業員を使用している場合は加入義務があります。(詳細はお近くの年金事務所までご確認ください)

\* 上記理由を確認する書類の提出をお願いする場合があります。