

一般競争入札参加資格審査申請書

年 月 日

福山市病院事業管理者様

申 請 者

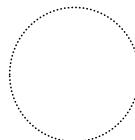
本店の所在地

実印

商号又は名称

代表者名

(角印等を使用する場合は押印のこと)



所在地

支店等の名称

支店等の代表者名

担当者名

電話番号

福山市が発注する福山市民病院放射線被ばく線量測定業務の一般競争入札に参加したいので、関係書類を添えて参加資格の審査を申請します。

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します。

添付書類

- 1 入札参加資格審査申請書受付票（様式第2号）
- 2 市税の完納証明書（福山市へ納付すべき市税の滞納がないことを証明したもの。ただし、本市における納税義務のない者は、申立書（様式第3号）を提出すること。）
- 3 納税証明書（国に納付すべき消費税及び地方消費税の未納の税額がないことを証明したもの）
- 4 委任状（様式第4号）
※支店等に委任する場合のみ提出
- 5 誓約書（様式第5号）
- 6 商業登記簿謄本
- 7 申請日の属する事業年度の直前の事業年度の財務諸表
- 8 印鑑証明書
- 9 使用印鑑届（様式第6号）
- 10 担当者届（様式第7号）
- 11 公益財団法人日本適合性認定協会（JAB）によるISO/IEC17025に基づく放射線個人線量測定分野の認定証の写し

入札参加資格審査申請書受付票
(福山市民病院放射線被ばく線量測定業務)

本店の所在地

商号又は名称

代表者名

書類を持参した者の名前、連絡先

名 前

連絡先電話番号

F A X

E メ ー ル

申請者確認欄	病院確認欄	提出書類	備考
		一般競争入札参加資格審査申請書（様式第1号）	
		入札参加資格審査申請書受付票（様式第2号）	
		市税の完納証明書又は申立書（様式第3号）	写しでも可
		納税証明書（国に納付すべき消費税及び地方消費税の未納の税額がないことを証明したもの）	写しでも可
		委任状（様式第4号）	該当者のみ
		誓約書（様式第5号）	
		商業登記簿謄本	写しでも可
		申請日の属する事業年度の直前の事業年度の財務諸表	
		印鑑証明書	原本
		使用印鑑届（様式第6号）	
		担当者届（様式第7号）	
		公益財団法人日本適合性認定協会（J A B）による I S O / I E C 17025 に基づく放射線個人線量測定分野の認定証の写し	写し

※各証明書については、提出日を基準とし、3か月前の日以降に発行されたもの。

※必要な書類が揃っているか、提出前に必ずチェックしてください。

（切り取らずに提出してください。）

入札参加資格審査申請書受付票

本店の所在地

商号又は名称

代表者名

※受付印欄

申 立 書

年 月 日

福山市病院事業管理者 様

実印

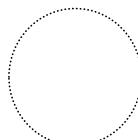
申立人
(申請者)

本店の所在地

商号又は名称

代表者名

(角印等を使用する場合は押印のこと)



私は、福山市民病院放射線被ばく線量測定業務に係る一般競争入札参加資格審査申請を行うにあたり、次とおり申し立てます。

1 福山市内に事務所、事業所又は住所を有しておりません。

2 福山市内に固定資産を有しておりません。

3 福山市内に居住する従業員又は福山市内に居住した従業員に係る市民税の特別徴収義務者ではありません。

4 その他福山市に納付すべき確定した市税は、ありません。

(注)この申立書は、福山市へ納税義務がない場合に提出してください。
福山市へ納税義務がある場合は、市税の完納証明書を提出してください。

様式第4号

委任状

年　月　日

福山市病院事業管理者様

所在地又は住所

実印

委任者 商号又は名称

代表者名前

件名：福山市民病院放射線被ばく線量測定業務

私は次の者を代理人と定め、上記の案件における次の事項に関する権限を委任します。

なお、本委任を解除し、又は変更する場合には、双方連署のうえ届出のない限り、その効力のないことを誓約します。

所在地又は住所

使用印

受任者 商号又は名称

名前

(委任事項)

- 1 入札及び見積りに関すること。
- 2 契約締結に関すること。
- 3 業務施行及び契約履行に関すること。
- 4 契約代金及び保証金の請求・受領に関すること。
- 5 復代理人選定に関すること。

誓 約 書

年 月 日

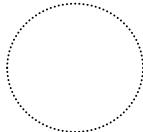
福山市病院事業管理者 様 様

本店の所在地

商号又は名称

代表者名

実印



私は、次の事項について誓約します。

また、これらに万一違反する行為があったときは、福山市民病院放射線被ばく線量測定業務に係る一般競争入札参加資格の取消処分を受けること、また、契約後の場合は本契約及び本業務に係る契約の解除又は解約、及び違反によって福山市に生じた全ての損害を賠償することに異議を申しません。

1 別表記載の一般競争入札参加資格申請及び入札にあたり提出した添付書類を含む全ての書類は、真実に基づいて記載したものです。

2 次のいずれの者にも該当しません。

- (1) 地方自治法施行令第167条の4に定める者
- (2) 民事再生法(平成11年法律第225号)又は会社更生法(平成14年法律第154号)の適用を申請し、再生手続開始又は更生手続開始の決定を受けていない者
- (3) 公告日以降に福山市の指名除外措置若しくは指名留保措置又は入札参加資格の取消しを受けている者
- (4) 福山市に納付すべき市税を滞納している者
- (5) 国に納付すべき消費税及び地方消費税を滞納している者
- (6) 福山市暴力団排除条例(平成24年条例第10号)第2条又は第3号の規程に該当する者

3 当該業務の競争入札に参加するにあたっては、入札、契約及び業務実施等に係る関係法令及び諸規定を遵守し、誠実にこれを履行します。

4 納付すべき市税については滞納しないことを誓約し、また納付状況について調査されることに同意します。

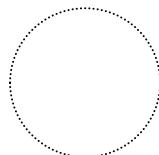
使 用 印 鑑 届

年 月 日

福山市病院事業管理者 様

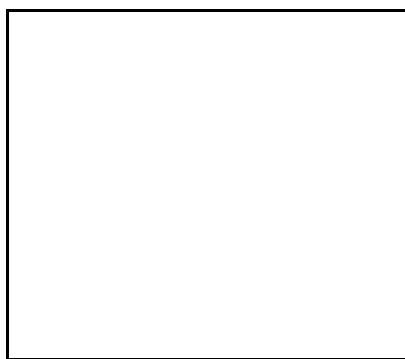
本店の所在地 _____
申請者 商号又は名称 _____
代表者名 _____

実印

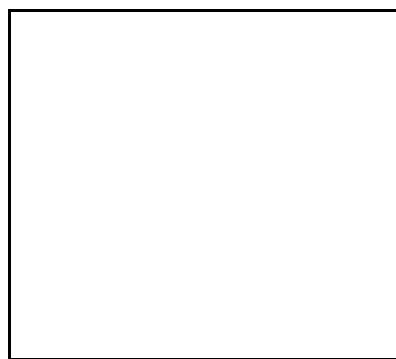


次の印鑑を、入札、契約の締結並びに代金の請求及び受領のため使用したいので届出ます。

使用印



実印



※この届出書は、実印と異なる印鑑を契約等に使用する場合に提出すること。

※様式第4号委任状を提出する場合、この届出書は不要です。

担当者届

年　月　日

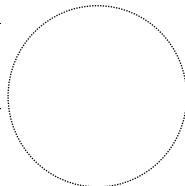
福山市病院事業管理者 様

所在地又は住所

実印

申請者 商号又は名称

代表者名前



(角印等を使用する場合は押印のこと)

件名：福山市民病院放射線被ばく線量測定業務

私は、次の者を担当者として定め、上記の案件における連絡窓口とします。

事務所の所在地	〒	
商号又は名称		
所属・職名		
名前		
連絡先電話番号	(勤務先)	
	(緊急連絡先)	
FAX		
Eメール		

※本入札に係る担当者として1名を選任し、質疑等の窓口を一本化してください。

質問書

業務名	福山市民病院放射線被ばく線量測定業務
-----	--------------------

年 月 日

福山市病院事業管理者 様

所在地（住所）

商号又は名称

担当者

TEL

FAX

質問内容