

様式第 1 号

入札参加資格確認申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人静岡県立病院機構

静岡県立総合病院 院長 田中 一成 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

平成30年3月7日付で公告のありました次の業務にかかる一般競争入札に参加したいので、裏面に記載の関係書類を添えて申請します。

なお、入札参加資格の要件をすべて満たしていること、並びに本申請書の記載事項は、真実と相違ないことを誓約します。

1 入札番号 総病管 第89号

2 業務名 平成30年度静岡県立総合病院 中央高校前駐車場シャトル便運行業務委託

担当者職氏名	
連絡先電話番号	
E-Mail	

提出書類確認欄

提出書類	確認欄
静岡県が発注する一般業務委託に係る競争入札参加資格審査結果通知書（車両運行管理）の写し	
病院施設において、過去３年以内に１年以上継続して静岡県が発注する一般業務委託に係る競争入札参加資格（車両運行管理）に定める業務での契約実績（当院における実績を含む。）を証明できるもの（契約書の写し等）。	
定形郵便封筒（あて先を記入し、特定記録郵便料金を含む切手242円貼付）	

様式第 2 号

質 問 書

問合せは必ず下記のメールアドレスまでお願いします。

【問合せ先メールアドレス】 平成 30 年 3 月 9 日（金）午後 5 時まで

sougou-kanri@shizuoka-pho.jp

平成 年 月 日

会社名	
担当者	
メールアドレス	

業務名：平成 30 年度静岡県立総合病院 中央高校前駐車場シャトル便運行業務委託

【質問事項】

質問事項	質問内容

入札書

(第 回)

- 1 入札番号 総病管 第89号
- 2 業 務 名 平成30年度静岡県立総合病院 中央高校前駐車場シャトル便運行業務委託
- 3 業 務 場 所 静岡市葵区城北字水崎219番、220番1 ⇔ 静岡市葵区北安東4丁目27番1号

上記の業務を下記の金額で請け負いたく申し込みます。

入札金額

(税抜価格)								
億	千	百	十	万	千	百	十	円

※基本料金と委託加算金の合計金額を記載。

(入札金額の内訳：税抜価格)			
区分	数量	単価 (円)	金額 (円)
基本委託金額	6 ヶ月		
委託加算金	時間外 (見込) 24時間		

平成 年 月 日

静岡県立総合病院 院長 様

入札者

住所
商号又は名称
氏 名
(代理人氏名)

印

印

委 任 状

私は、

を委任します。



を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限

記

委任事項

平成30年度静岡県立総合病院 中央高校前駐車場シャトル便運行業務委託

の入札について

委任期日 平成 年 月 日

平成 年 月 日

住 所

商号又は名称

氏 名

印