（様式第１号）

一般競争入札参加申請書

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

（申 請 者）

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 実印

**件名：**

上記件名についての一般競争入札に参加したく、関係書類を添えて申請します。

なお、申請書及び関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、地方自治法施行令第１６７条の４第１項の規定に該当したときは、入札参加資格の取消しをされても何ら異議の申し立てを行いません。

（様式第２号）

使 用 印 鑑 届

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

|  |  |
| --- | --- |
| 実印 | 使用印 |
|  |  |

**件名：**

上記の印鑑は、本件の次の行為に対し使用したいのでお届けします。

１　一般競争入札参加資格審査申請書に付属する各種届出

２　見積又は入札

３　契約締結

４　契約代金の請求及び受領

５　契約に関する各種証明

令和　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 実印

（様式第３号）

会 社 経 歴 書

所 在 地

商号又は名称

代表者職・氏名 印

設立年月日

資本金

総職員数

下表へ過去２年以内に履行を完了した国又は地方公共団体における類似する契約の実績を２件以上記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契　約　者 | 契約期間 | 業　務　名 | 契約金額（千円） |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |

記入責任者

氏名

電話　　 （　　 ）

E-mailアドレス

（様式第４号の１）

委 任 状

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

申請者　所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 印

**件名：**

上記件名に関し次の者を代理人と定め、下記のとおり権限を委任します。

代理人　事業所所在地

商号又は名称

職・氏名 印

記

（委任事項）

１　一般競争入札参加資格審査申請書に付属する各種届出

２　見積又は入札

３　契約締結

４　契約代金の請求及び受領

５　契約に関する各種証明事項

（様式第４号の２）

委 任 状

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

委任者　所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 印

**件名：**

上記件名の入札に関し、次の者を代理人と定め、権限を委任します。

受任者　職名

氏名 印

（様式第５号）

役員等名簿及び照会承諾書

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

住　所

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の役員等名簿に相違ないことを誓約するとともに、この名簿に記載した者について、熊本県後期高齢者医療広域連合が締結する契約等からの暴力団等排除に伴い熊本県警察本部に照会することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職 |  | 住　所 | 生年月日 | 性別 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |

※　記載する前に、裏面の注意事項をお読み下さい。

※　本承諾書の作成にあたっては、裏面を両面印刷すること。

（裏）

【注意事項】

１　氏名、住所等、この書面に記載された全ての個人情報は、個人情報の保護に関する法律（平成１５年法律第５７号）の規定に基づいて取り扱うものとし、熊本県後期高齢者医療広域連合が締結する契約等からの暴力団等排除のための措置以外の目的には使用しません。

熊本県後期高齢者医療広域連合がこれらの情報をもとに熊本県警察本部長（以下「警察本部長」といいます。）から取得した個人情報についても同様です。

また、警察本部長は熊本県個人情報の保護に関する法律施行条例（令和４年熊本県条例第４４号）の実施機関と定められています。

２　この書面には、次に該当する者を記載してください。なお、氏名は、正確な字体で記載してください。

（１）　株式会社（特例有限会社を含む。）については、取締役（代表取締役を含む。）、執行役（代表執行役を含む。）、会計参与及び監査役

（２）　合名会社又は合同会社については、社員

（３）　合資会社については、無限責任社員

（４）　社団法人又は財団法人については、理事、監事及び会計監査人

（５）　（１）から（４）までに掲げる法人以外の法人については、（１）から（４）までに掲げる役職に相当する地位にある者

（６）　法人格を有しない団体については、代表者及び団体の規約において重要な意思決定に直接関与することとされる者

（７）　個人については、その者

（８）　次に該当する場合は、（１）から（７）に掲げる者のほか、次の者

ア 支配人をおく場合は、支配人

イ 支店長又は営業所長その他の者に契約事務を委任する場合は、支店長又は営業所長その他の者

（９）　当該法人が会社更生法（平成１４年法律第１５４号）の規定による更生手続又は民事再生法（平成１１年法律第２２５号）の規定による再生手続中である場合は、（１）から（８）までに掲げる者のほか、管財人

３　この書面の記載に当たっては、対象者全ての同意を得てください。

（様式第６号）

熊広医総第　　　号

令和　年　月　日

　　　　　　　　　様

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史

一般競争入札参加資格審査結果通知書

　先に申請のあった一般競争入札の参加資格について、下記のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請のあった件名 |  |
| 入札日時 |  |
| 入札執行場所 |  |
| 入札参加資格の有無 |  |
| 入札保証金について |  |
| 参加資格がないと認めた理由 |  |

（注）１　この通知（写し可）は、入札書を提出する際に持参すること。

　　　２　この通知を紛失したときは、直ちにその旨を届けること。

（様式第７号）

質　問　書

令和　　年　　月　　日

件　　　名

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 |  |
| 質　問　理　由 |  |

（様式第８号）

記 載 事 項 変 更 届

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

所在地（住所）

商号又は名称

代表者職氏名 印

**件名：**

上記件名についての一般競争入札参加申請書及び添付書類の記載事項について、下記のとおり変更したので届けます。

なお、この変更届の記載事項については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　変更事項

２　変更前

３　変更後

４　変更年月日　　　令和　　年　　月　　日

５　変更理由等

（様式第９号）

入　札　書

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名 印

代理人氏名　　 印

熊本県後期高齢者医療広域連合契約規則及び入札説明書等に掲げる事項について承諾のうえ、入札します。

記

**件名：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１ 入札金額は、見積もった契約希望金額の１１０分の１００に相当する額の**月額**を入札書に記載すること。

２ 金額記載の文字はアラビア数字とし、金額の頭に￥記号をつけるこ

と。

３ 代理人をもって入札する場合は、当該代理人の氏名の記載及び押印

を行うこと。

（様式第１０号）

入　札　辞　退　届

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大西　一史　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名 印

下記の入札案件について、都合により入札参加を辞退します。

記

１　入札日　　令和　年　月　日（　）

２　件　 名

３　辞退理由

(注意)

辞退届の提出により、今後、不利益な取扱いを受けることはありません。

（様式第１１号）

機　能　証　明　書

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　（本件に関する問い合わせ先）

　　　　　　　　　　　担当部署：

　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　E-mail：

「熊本県後期高齢者医療広域連合事務用カラー複合機賃貸借及び保守」（令和７年１月３０日公告）の入札について、広域連合の仕様に適合することを証明するため、本書を提出いたします。また、本書に示した以外の事項にあっても、広域連合の仕様の全ての事項を満たすことを証明します。

　なお、落札した場合には、仕様書に従い、万全を期して納品及び保守業務等を行いますが、万一不測の事態が生じた場合には、熊本県後期高齢者医療広域連合の指示の下、全社を挙げて直ちに対応いたします。

事務用カラー複合機機能証明一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 仕様項目 | 仕　様　内　容 | 回答 |
| 機　種　名 |  |  |
| プリント方式 | ライン型インクジェット方式 |  |
| 最大原稿サイズ | Ａ３以上 |  |
| 最大複写サイズ | Ａ３以上 |  |
| 最小複写サイズ | Ａ５以下、手差しでハガキ、封筒も可能 |  |
| 複写倍率 | ３段階以上の縮小及び３段階以上の拡大固定倍率、50～200％のズーム機能の両方装備 |  |
| 給紙トレイ | トレイ２段以上＋ストレート給紙台 |  |
| カラーモード | フルカラーコピー／プリント、少数色コピー／プリント、モノクロコピー／プリントの３モード |  |
| モノクロ複写速度 | Ａ４　１２０枚／分以上 |  |
| フルカラー複写速度 | Ａ４　１２０枚／分以上 |  |
| 原稿読み取り機能 | 自動原稿送り装置、両面同時スキャン |  |
| フィニッシャー機能 | ソート、ステープル、２穴パンチ、Z折り、３つ折り、中綴じ  Ａ４とＡ３が混在する原稿を印刷する場合でも、Ａ３はＺ折りを行い、Ａ４と併せて自動でステープルやパンチ穴開けができること。 |  |
| スキャン機能 | 保存形式の指定（ＰＤＦファイル、画像ファイル）可能、パソコン共有フォルダ等へのデータ送信可能  標準システムでスキャナー機能が使えること |  |
| プリンター機能 | パソコン端末画面で両面印刷の指示が可能。 |  |
| 対応ＯＳ | Ｗｉｎｄｏｗｓ１１ |  |
| インターフェイス | Ethernet 100BASE-TX/10BASE-T（＝ｸﾞﾙｰﾌﾟｳｪｱ用）  Ethernet 100BASE-TX/10BASE-T（＝標準ｼｽﾃﾑ用）  ※二つ以上のネットワークを有し、二つのネットワークが物理的に独立していること |  |

※１　「回答」欄には仕様内容を満たす場合には「○」、満たさない場合には「×」を記入してください。

※２　仕様内容を満たすことを裏付ける資料（カタログ、メーカー発行の証明書、技術資料、webページ等）を添付してください。