

(様式 1)

入札参加申込書

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院長 様

住 所

会 社 名

代 表 者 名 印

令和 年 月 日付け入札公告に係る 診療棟 1 階正面玄関風除室玄関マット
取替修繕に関し、入札公告 2 (1) ～ (4) に該当することを証明し、入札への参加を申
し込みます。

なお、同種の業務の実績については下記のとおりです。

記

同種業務の履行実績

業務名	
契約額 (税込)	円
発注者	
業務期間	
業務概要	

- (注 1) 愛媛県内の実績がない場合は、他地域の実績を記載して差し支えない。
また、入札者名で同種の実績がない場合、同一法人の他の事業所 (支店・営業所等) での実績
を記載して差し支えない。(その場合は適宜、受注事業所名を追記すること。)
- (注 2) 地方自治体への実績がない場合は、民間業者への実績を記載して差し支えない。
- (注 3) 契約書の写し及び完成検査証の写し等、履行実績を証明できる資料を添付すること。

(様式2)

入札（契約）保証金免除申請書

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院長 様

住 所

名称又は商号

代表者氏名

印

令和 年 月 日で入札案内のありました 診療棟1階正面玄関風除室玄関
マット取替修繕の入札（契約）における入札（契約）保証金について、愛媛県会計規
則第137条（第154条）の規定により、入札（契約）保証金の免除を受けたいので、
次の書類を添えて申請します。

（添付書類）

1 契約書及び履行実績の写し（2件以上）

過去2年間に、国、地方公共団体等と種類及び規模を同じくする契約をし、完了
したことを証明するもの。

※入札参加資格申込書に添付している書類は省略可能

(様式3)

入 札 書

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院長 様

入札者

住 所

名称又は商号

代表者氏名

代理人氏名

印

件 名	入札金額(円)	備 考
診療棟1階正面玄関風除室 玄関マット取替修繕	¥	消費税及び地方消費税 を含まない

愛媛県公営企業会計規程を遵守し、契約条項を承認のうえ上記のとおり入札します。

(様式4)

見 積 書

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院長 様

見積者

住 所

名称又は商号

代表者氏名

代理人氏名

印

件 名	見積金額(円)	備 考
診療棟1階正面玄関風除室 玄関マット取替修繕	¥	消費税及び地方消費税 を含まない

愛媛県公営企業会計規程を遵守し、契約条項を承認のうえ上記のとおり見積りします。

(様式5)

委 任 状

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院長 様

委任者

住所

氏名

⑩

令和6年 月 日執行の 診療棟1階正面玄関風除室玄関マット取替修繕 に関する入札
及び見積りの一切の権限を次の者に委任します。

受任者

住所

氏名

⑩

(記入注意) 本書は様式であるから、内容が具備されている場合は貴社所定の様式を使用し
てもよい。