

様式 1

## 参加資格確認申請書

令和 年 月 日

島田市病院事業管理者 青山 武

所在地

商号または名称

代表者職氏名

印

下記の業務に係る公募型プロポーザルに参加する資格について、確認されたく、資料を添えて申請します。

なお、本申請書の提出にあたり添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

### 記

- 1 事業名 島田市立総合医療センター入院セット提供業務

### 参加資格確認結果通知の宛先

郵送先住所	〒
メールアドレス	
電話番号	
担当者名	

(添付書類)

- 1 事業者概要書 (様式第 2 号) ※契約書 (写) を添付すること
- 2 誓約書 (様式第 3 号)
- 3 その他
  - ・ 登記事項証明書 (履歴事項証明書)
  - ・ 納税に関する証明書 (国税及び地方税の未納の税額がない証明・直近 2 ヶ年分)

## 事業者概要書

商号又は名称		
所在地		
代表者氏名		
設立年月日		
資本金		
経歴・沿革		
支店・営業所数	カ所	
従業員数	役員	名
	正社員	名
	パート・アルバイト等	名
業務内容	(具体的に記入)	
入院セット提供 業務の実績 ※	病院名	
	病床数	床
	業務期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
その他特記事項		

※入院セット提供業務委託公募型プロポーザル 実施要領5(8)に記載の要件を満たすもの 1件分を記載すること。

※入院セット提供業務の実績欄に記載した業務に係る契約書の写しを添付すること。

## 誓 約 書

令和 年 月 日

島田市病院事業管理者 青山 武

所在地

商号または名称

代表者職氏名

印

島田市立総合医療センター入院セット提供業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づくプロポーザルに参加するにあたり、下記の要件のすべてを満たしていることを誓約します。

### 記

- (1) 地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 の規定に該当しないこと。
- (2) 島田市入札参加資格者名簿に登載されているもので、かつその業種が物品購入等の「その他（物品供給等の業種）」に登載されていること。
- (3) 国及び地方自治体から指名停止を受けていない者であること。
- (4) 島田市暴力団排除条例（平成 24 年島田市条例第 31 号）第 2 号に定める措置要件に該当しないこと。
- (5) 直近 2 年間において、国税及び地方税を滞納していないこと。
- (6) 会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）に基づく更生手続開始の申立て中又は更生手続中でないこと。
- (7) 民事再生法（平成 11 年法律第 225 号）に基づく再生手続開始の申立て中又は再生手続中でないこと。
- (8) 事業者が、平成 31 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの期間に、病床（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 7 条第 2 項第 5 号に規定する「一般病床」をいう。）の数が 400 床以上の病院（医療法第 1 条の 5 第 1 項に規定する「病院」をいう。）において、入院セット提供業務を 2 年以上継続して受託した実績（静岡県内に限らない。）を有していること。
- (9) 島田市立総合医療センター入院セット提供業務仕様書に定める基準を満たすことができること。