〔様式１－１〕

岩手県医療局医師支援推進室 あて

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等名称 |  |
| 担当部署等 |  |
| 担当者名 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ファックス番号 |  |

**実施要領等に関する質問票**

「岩手県立病院専門研修ガイドブック作成業務」

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 資料名称 | 該当頁 | 該当項目 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |

※　提出期限内に、原則、電子メールで提出のこと

　　期限（令和７年７月18日　午後５時までに提出のこと。期限を過ぎたものは受け付けない）

〔メールアドレス：EA0006@pref.iwate.jp〕

〔様式１－２〕

令和　　年　　月　　日

岩手県医療局長　　様

住　　　　　所

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

**企画コンペ参加届出書**

「岩手県立病院専門研修ガイドブック作成業務」に係る企画コンペに参加したいので、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

なお、資料１「企画コンペ実施要領」の「２　参加者の資格要件等」に定める次の内容について、虚偽がないことを誓約します。

記

１　本業務の実施について、医療局の要求に応じて迅速かつ円滑に対応できる体制を整えていること。

２　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者であること。

３　民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てをしている者若しくは再生手続開始の申立てがされている者（同法第33条第１項に規定する再生手続開始の決定を受けた者を除く。）又は会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てをしている者若しくは更生手続開始の申立てがされている者（同法第41条第１項に規定する更生手続開始の決定を受けた者を除く。）でないこと。

４　最近１年間の法人税、事業税、消費税及び地方消費税を滞納していない者であること。

５　事業者の代表者、役員（執行役員を含む。）又は支店若しくは営業所を代表する者等、その経営に関与する者が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第６号に規定する暴力団員又は暴力団（同法第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）若しくは暴力団員と密接な関係を有している者でないこと。

※　なお、医療局は、事業者の役員等が、暴力団員等であるかどうかを警察本部に照会する場合があること。

６　参加資格確認申請書類の提出の日から受託候補者を選定するまでの期間に、県から一般委託契約に係る入札参加制限措置基準（平成23年10月５日出第116号）に基づく入札参加制限又は文書警告に伴う入札に参加できない措置を受けていない者であること。

７　６に規定する期間に、県から県営建設工事に係る指名停止等措置基準（平成７年２月９日建振第281号、建設関連業務に係る指名停止等措置基準（平成18年６月６日建技第141号）、物品購入等に係る指名停止等措置基準（平成12年３月30日出総第24号）などに基づく指名停止又は文書警告に伴う非指名を受けていない者であること。

８　単独で企画提案した参加者は、共同提案の構成員となることはできないこと。

〔様式１－３〕

**会社概要及び過去５年間の主な受注等実績**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 直近の年間売上高 |  | |
| 従業員数 |  | |
| 業務内容 |  | |
| 会社の特色 |  | |
| 過去５年間の  主な受注等実績 | 発注者 | 受注事業内容（受注年、受注内容） |
| 岩手県関係 |  |
| 岩手県以外の  官公庁・公共団体 |  |
| 民間 |  |
| 本申請の窓口となる担当者 | | |
| 部署：　　　　　　　　　　　　　　電話番号：  職名：　　　　　　　　　　　　　　ファックス番号：  氏名：　　　　　　　　　　　　　　電子メールアドレス： | | |

※　既存資料（会社パンフレット等）で同項目が網羅されているものであれば、これに替えることができるものとします。

〔様式１－４〕

令和　　年　　月　　日

岩手県医療局長　　様

住　　　　　所

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

**企画コンペ参加辞退届**

「岩手県立病院専門研修ガイドブック作成業務」に係る企画コンペについて、参加届出書類を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

〔様式２〕

令和 年 月 日

岩手県医療局長　　様

参加者　住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

担当者　所属部署名

氏　　　　　名

連絡先電話番号

ファックス番号

メールアドレス

**「岩手県立病院専門研修ガイドブック作成業務」**

**企画提案書の提出について**

このことについて、企画コンペに参加するため、下記の書類を提出します。

記

１　企画書

２　会社概要及び過去５年間の主な受注等実績

３　費用積算内訳書