

県立尼崎総合医療センター患者給食業務の一部業務委託

入札関係書類

- ① 入札の注意事項
- ② 委任状
- ③ 入札書
- ④ 入札書（再入札用）
- ⑤ 見積書（入札不調時協議用）

- 代表者以外の者が入札する場合は、入札当日に委任状をご提出ください。
- 入札書の押印廃止に伴い、入札会場にて顔写真付公的書類の提示をいただくことにより本人確認を行います。
- 本人確認ができない場合には入札参加を認めませんのでご注意ください。

下記のうち、いずれか1つを持参ください。

- 1 運転免許証
- 2 運転経歴証明書（平成24年4月1日以降交付のもの）
- 3 旅券（パスポート）
- 4 個人番号カード（マイナンバーカード）
- 5 在留カード・特別永住証明書
- 6 官公庁が顔写真を貼付した各種福祉手帳（身体障害者手帳など）
- 7 その他官公庁から発行・発給された書類で、その官公庁が顔写真を貼付したもの

【担当】

兵庫県立尼崎総合医療センター
経営企画部経理課 高橋
〒660-8550
尼崎市東難波町二丁目17番77号
電話 (06) 6480-7000 内線4022
FAX (06) 6480-7001

入札の注意事項

1 代表者等が入札される場合について

- (1) 本人が代表者等であることを確認できる名刺を持参してください。
- (2) 本人確認ができる顔写真付公的書類（運転免許証等）を持参してください。
- (3) 持参していない場合、本人確認ができないため入札書の受領ができませんのでご注意ください。

2 代理人が入札される場合について

- (1) 委任状を提出してください。
- (2) 本人確認ができる顔写真付公的書類（運転免許証等）を持参してください。
- (3) 持参していない場合、本人確認ができないため入札書の受領ができませんのでご注意ください。

3 入札書について

- (1) 入札書は、指定の「入札書」及び「入札書（再入札用）」をお使いください。
- (2) 入札金額は、契約希望金額の110分の100に相当する金額を記入してください。
- (3) 入札金額を訂正した入札書は無効となります。

4 見積書について

見積書は、入札が不調になった場合に、希望者と協議を行う際に使用します。
入札時に誤って見積書を提出しないようご注意願います。

5 消費税及び地方消費税（相当額）について

入札書・見積書には、消費税及び地方消費税（相当額）は記入しないでください。
（消費税及び地方消費税（相当額）は契約の段階で加算します。）

6 開札日時・場所

令和7年1月17日（金）午前9時30分
兵庫県立尼崎総合医療センター本館4階 会議室2

7 持参書類

- (1) 入札書 2通（1回目入札用、再入札用）
- (2) 名刺（代表者が入札する場合）または委任状（代理人が入札する場合）
- (3) 入札者の本人確認書類（免許証等官公庁が発行した顔写真付公的書類）
- (4) 一般競争入札参加確認通知書の写し

8 再入札について

第1回目の入札に付し予定価格を超過していた場合、入札者またはその代理人の全てが立ち会っている場合には、直ちに再入札に移行します。

9 その他

閲覧した個人情報は、入札における本人確認での使用にとどめ、それ以外には使用しません。

委任状

確認書類	確認者

※上記太枠内は記入しないでください。

私（3の委任者）は、1の指名競争入札に際し、下記の2の者を代理人と定め、入札及び見積もりの一切の権限を委任します。

1 件名

県立尼崎総合医療センター患者給食業務の一部業務委託

2 権限を委任する代理人

部署名・職名	ふりがな 氏名

令和 年 月 日

兵庫県立尼崎総合医療センター
院長 平 家 俊 男 様

3 委任者

所在地

商号又は氏名

代表者氏名

㊟

入札書

件名 県立尼崎総合医療センター患者給食業務の一部業務委託

履行場所 県立尼崎総合医療センター

履行期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日

入札金額 円

上記業務委託については、病院局会計規程（平成14年3月29日兵庫県病院局管理規程第17号）、その他関係書類及び現場等を熟知のうえ、上記金額をもって入札します。

令和 年 月 日

兵庫県立尼崎総合医療センター
院長 平家俊男 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電話番号

メールアドレス

なお、当社（私）は、消費税に係る 課税事業者 であることを届け出ます。
免税事業者

（注）課税事業者・免税事業者のうち該当する文字を囲むこと。

【注意事項】

入 札 書

件 名：〇〇の購入

納入場所：兵庫県立尼崎総合医療センター

納入金額： _____ 円（消費税及び地方消費税別）

上記の業務については、病院局会計規程（平成14年病院局管理規程第17号）契約条項及びその他関係書類等を熟知のうえ、上記金額をもって入札します。

納入金額は、消費税及び地方消費税額を抜いた金額を記載してください。

令和 年 月 日

兵庫県立尼崎総合医療センター
院長 平 家 俊 男 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電 話 番 号

メールアドレス

代理人が入札に参加する場合には、委任状の提出及び入札書への代理人の記名が必要です。

電話番号、メールアドレスは代表者（代理人が入札する場合は代理人）本人のものではなく、所属する部署のもの（組織または別担当のもの）を記載してください。

なお、当社（私）は、消費税に係る 課税事業者 であることを届け出ます。
免税事業者

（注）課税事業者・免税事業者のうち該当する文字を囲むこと。

入札書（再入札用）

件名 県立尼崎総合医療センター患者給食業務の一部業務委託

履行場所 県立尼崎総合医療センター

履行期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日

入札金額 円

上記業務委託については、病院局会計規程（平成14年3月29日兵庫県病院局管理規程第17号）、その他関係書類及び現場等を熟知のうえ、上記金額をもって入札します。

令和 年 月 日

兵庫県立尼崎総合医療センター
院長 平家俊男 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電話番号

メールアドレス

なお、当社（私）は、消費税に係る 課税事業者 であること届け出ます。
免税事業者

（注）課税事業者・免税事業者のうち該当する文字を囲むこと。

見 積 書

件 名 県立尼崎総合医療センター患者給食業務の一部業務委託
履行場所 県立尼崎総合医療センター
履行期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日
見積金額 _____ 円

上記業務委託については、病院局会計規程（平成14年3月29日兵庫県病院局管理規程第17号）、その他関係書類及び現場等を熟知のうえ、見積金額をもって見積します。

令和 年 月 日

兵庫県立尼崎総合医療センター
院長 平 家 俊 男 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電 話 番 号

メールアドレス

なお、当社（私）は、消費税に係る 課税事業者 免税事業者 であることを届け出ます。

（注）課税事業者・免税事業者のうち該当する文字を囲むこと。