様式第１号

**プロポーザル審査委員会参加申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

福島県立矢吹病院長　様

　　住　所

　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名 　印

　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　（担当者名 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店・営業所の連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　令和４年６月２２日付けで通知のありました「こころの杜院内ICキャッシュレスシステム導入」に係る公募型プロポーザル審査委員会に参加したいので、下記の書類を添えて申請します。

　なお、すべての参加資格要件を満たしていること及び参加に必要な添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

１　添付書類

（１）履行実績書（様式第３号）または履行実績証明書（様式第４号）

（２）暴力団等反社会的勢力でないことの表明・確約に関する同意書（様式第６号）

様式第２号

**プロポーザル審査会参加確認通知書**

令和　　　年　　　月　　　日

様

　　　　　　福島県立矢吹病院長

　先に申請のありました「こころの杜院内ICキャッシュレスシステム導入」に係るプロポーザル審査会の参加資格については、下記のとおり確認したので、お知らせします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査会日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　時から | |
| 件名 | こころの杜院内ICキャッシュレスシステム導入 | |
| 本審査会に係る  参加資格の有無 | 有 |  |
| 無 |  |
| 参加資格がないと  認めた理由 |  |

１　参加資格が「無」と通知された方は、参加資格がないと認めた理由について説明を求めることができます。

２　この確認通知書は、審査会の日に提示を求めますので、必ず持参してください。

様式第３号

**履　行　実　績　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 履行案件名 |  |
| 発注機関名 |  |
| 履行場所 |  |
| 契約年月日 |  |
| 履行期間 |  |
| 病　　　床　　　数 |  |

注　履行実績を証明するものとして、次の書類を添付すること。

　（１）福島県の発注した契約の場合

契約書の写し

　（２）福島県以外が発注した契約の場合

　　　①　発注機関の発行する履行実績証明書（様式第４号）

　　　②　履行実績証明書を添付できない場合は、内容等を証明できる書類（契約書の写し）

様式第４号

**履　行　実　績　証　明　願**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（委託者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受託者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　福島県立矢吹病院が発注する「こころの杜院内ICキャッシュレスシステム導入」のプロポーザルに係る資格審査に必要ですので、下記業務を誠実に履行したことを証明願います。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

**履　行　実　績　証　明　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年 　　月 　　日

福島県立矢吹病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（証明者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　当施設において、以下のとおり業務を履行していることを証明します。

※下記は１社で履行した実績証明とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名称 |  |
| 履行場所 |  |
| 履行期間 | 年 　　月 　日から  　　　　　　　年 　　月 　 日まで（完了・履行中） |
| 業務概要 | 業務内容の詳細： |

　　　　　　　　（証明書発行担当部署名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　（証明書発行担当者名称　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式第５号

**質　　　問　　　書**

令和　　　年　　　月　　　日

　福島県立矢吹病院長　様

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名 　　　　　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者 　 ）

　下記事項について、質問しますので、回答願います。

|  |  |
| --- | --- |
| **質問番号** | **質　　問　　事　　項** |
|  |  |

様式第６号

**暴力団等反社会的勢力ではないことの表明・確約に関する同意書**

福島県立矢吹病院長　様

1. 私は、暴力団、暴力団員、暴力団関係企業、その他これらに準ずる者（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者）（以下これらを「暴力団員等」という。）に該当しないこと及び次の各号のいずれにも該当しないことを表明し、かつ将来にわたっても該当しないことを確約します。

(1)　暴力団員等が経営を支配していると認められる関係を有すること。

(2)　暴力団員等が経営に実質的に関与していると認められる関係を有すること。

(3)　自己、自社もしくは第三者の不正の利益を図る目的または第三者に損害を加えるなど、不当に暴力団員等を利用していると認められる関係を有するとき。

(4)　暴力団員等に対して資金等を提供し、または便宜を供与するなどの関与そしていると認められる関係を有すること。

(5)　役員または経営に実質的に関与している者が暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有すること。

1. 私は、自らまたは第三者を利用して次の各号の一にでも該当する行為を行わないことを確約します。

(1)　暴力的な要求行為

(2)　法的な責任を越えた不当な要求行為

(3)　取引に関して、脅迫的な言動をし、または暴力を用いる行為

(4)　風説を流布し、偽計を用いまたは威力を用いて矢吹病院の信用を毀損し、または矢吹病院の業務を妨害する行為

1. 私は、暴力団員等もしくは第１項各号のいずれかに該当し、もしくは前項各号にいずれかに該当する行為をし、または第１項の規定に基づく表明・確約に関して虚偽の申告をしたことが判明し、私との取引を継続することが不適切である場合には、私は矢吹病院から請求があり次第、に対する一切の債務の期限の利益を失い、直ちに債務を弁償します。
2. 上記に関して不法行為があった場合は法的措置（民事・刑事）を講じられても構いません。

記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

　住　所

　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名 　 　　　　　　 印