

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

Ⓜ

下記の入札参加資格の確認を申請します。  
なお、入札公告にある参加条件を全て満たしていることを誓約します。

記

件 名	令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)
担当者等	(氏名) (TEL) (FAX)
添付書類	島根県又は広域連合を構成する市町村又は他の後期高齢者医療広域連合の入札参加資格の認定を受けていることを証明する書類 (写) プライバシーマーク等の認定を受けていることを証明する書類 (写)

上記の申請について、入札参加資格があるものと確認しました。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 Ⓜ

# 記入例

## 入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様

住 所 島根県松江市殿町1番地  
商号又は名称 カイケイ(株)  
代表者氏名 代表取締役 会計 納 印

『島根県、広域連合を構成する市町村又は他の後期高齢者医療広域連合入札参加資格審査』に申請し、登録された印鑑を使用してください。

下記の入札参加資格の確認を申請します。  
なお、入札公告にある参加条件を全て満たしていることを誓約します。

### 記

件 名	令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)
担当者等	(氏名) 島根県の電子入札に登録がある方は、島根県電子調達共同利用システムポータルサイトより「申請内容照会」を印刷して提出してください。 (TEL) (FAX)
添付書類	島根県又は広域連合を構成する市町村又は他の後期高齢者医療広域連合の入札参加資格の認定を受けていることを証明する書類(写) プライバシーマーク等の認定を受けていることを証明する書類(写)

上記の申請について、入札参加資格があるものと確認しました。

令和 年 月 日

資格確認後、広域連合で記入しますので、提出時は記入不要です。

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 印

# 入 札 書

入札金額	十	万	千	百	十	円

(消費税及び地方消費税を含まない金額)

ただし、令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)

---

上記のとおり、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則及びその他仕様書等を承知のうえ入札します。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様

住 所 \_\_\_\_\_

商号又は名称 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(代 理 人) \_\_\_\_\_ (印)

**記入例**

第 回

入 札 書

第1回入札は記入不要。  
再度入札時に記入してください。

入札金額	十	万	千	百	十	円

(消費税及び地方消費税を含まない金額)

**金額の頭に¥記号を付記のこと。**

ただし、令和6年度重複・頻回受診者、重複投票者への相談・指導業務(1件当たりの単価)

上記のとおり、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則及びその他仕様書等を承知のうえ入札します。

入札年月日を記入してください。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様

広域連合の入札参加資格確認申請に使用した印鑑を押印のこと。  
※代理人へ委任の場合は不要

住 所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

氏 名 代表取締役 会計 納

(代 理 人)

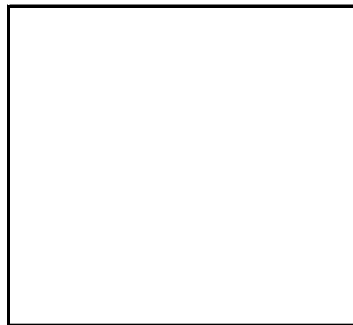
代理人が参加する場合、委任状と同じ印鑑を押印のこと。

# 委任状

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、下記事項の権限を委任します。

## 記

1. 「令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)」の入札に関する一切の権限。
2. 受任者使用印鑑



令和 年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
商号又は名称 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_ (印)

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様

# 記入例

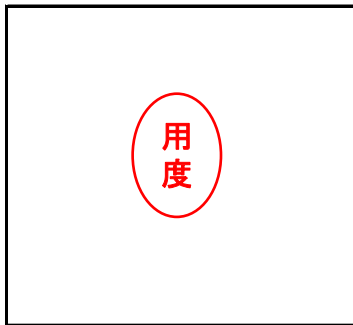
## 委任状

個人名を記入のこと。

私は、用度 太郎 を代理人と定め、下記事項の権限を委任します。

記

- 「令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)」の入札に関する一切の権限。
- 受任者使用印鑑



委任状を作成した日。

令和 年 月 日

広域連合の入札参加資格確認申請に使用した印鑑を押印のこと。

委任者	住所	島根県松江市殿町1番地
	商号又は名称	カイケイ(株)
	代表者職氏名	代表取締役 会計 納

島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様

## 入 札 辞 退 届

入札件名	令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)
------	--

上記については、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

島根県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 上 定 昭 仁 様

**1. 入札執行前までに辞退する場合**

※「入札辞退届」を広域連合へ持参又は郵送により入札日の前日までに到着させること。

**2. 入札執行中に辞退する場合**

※「入札辞退届」又はその旨を記載した「入札書」を入札執行者に直接提出する。

## 入 札 辞 退 届

入札件名	令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)
------	--

上記については、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

広域連合の入札参加資格確認申請に使用した印鑑を押印のこと。

住 所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

代表者職氏名 代表取締役 会計 納



島根県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 上 定 昭 仁 様



令和 年 月 日

住 所: \_\_\_\_\_

商号又は名称: \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

## 質 問 書

入札件名	令和6年度重複・頻回受診者、重複投薬者への相談・指導業務(1件当たりの単価)
------	--

No.	質 問 事 項
	----- ----- ----- ----- ----- -----
No.	質 問 事 項
	----- ----- ----- ----- ----- -----

※質疑事項が複数ある場合はNo. を付してください。