

# 競争入札参加資格審査申請書

北海道立江差病院 様

令和 年 月 日

## 1 申請人

所在地	郵便番号	<div><div></div><div></div><div></div></div> — <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	代表者の実印 〔代理申請する 場合は代理人 の実印〕
ふりがな			
商号又は名称			
ふりがな			
代表者		(電話番号 市外局番 ( ) — )	
代理人	住所	郵便番号	
	ふりがな	<div><div></div><div></div><div></div></div> — <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
	氏名	(電話番号 市外局番 ( ) — )	実印

(連絡先)  
登記と異なる  
とき及び道外  
に本店が所在  
し道内に主た  
る営業所があ  
る場合に使用  
する。

所在地	郵便番号	<div><div></div><div></div><div></div></div> — <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
ふりがな		
商号又は名称		
ふりがな		
氏名		(電話番号 市外局番 ( ) — )

令和6年北海道立江差病院告示第7号に係る北海道立江差病院の患者等の寝具類の賃貸借（洗濯業務及び院内搬送業務を含む。）に係る競争入札に参加したいので、指定の書類を添えて入札参加資格の審査を申請します。

なお、この申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、私は、一般競争入札にあたり、次のいずれにも該当する者であることを申し出ます。

- (1) 地方自治法施行令第167条の4第1項各号に掲げる者（未成年者、被保佐人又は被補助人であって、契約締結のために必要な同意を得ている者は含まれない。）でないこと。
- (2) 地方自治法施行令第167条の4第2項の規定により競争入札への参加を排除されている者でないこと。
- (3) 道が行う指名競争入札に関する指名を停止されていないこと。
- (4) 暴力団関係事業者であることにより、道が行う競争入札への参加を除外されていないこと。
- (5) 暴力団関係事業者等でないこと。

次に掲げる届出の義務を履行していない者でないこと（届出の義務がない場合を除く。）。

ア 健康保険法（大正11年法律第70号）第48条の規定による届出

イ 厚生年金保険法（昭和29年法律第115号）第27条の規定による届出

ウ 雇用保険法（昭和49年法律第116号）第7条の規定による届出

※  
受付番号

※  
確認者

印

※  
受付印

注1 「申請人」欄は、登記されている正しい名称及び所在地を記載してください。実際の所在地が登記と異なるときは、「連絡先」欄に併記してください。

2 ※印の欄は記入しないでください。

2 事業所の概要

開 業 年 月 日 〔 個人から法人になった場合は それぞれ記入してください 〕	個 人 開 業 年 月 日
	法人設立登記 年 月 日
従業員数（代表者を含みます。）	人

3 最近 1 年間の収支決算（期間 自 . . . 至 . . . ）  
（損益計算書を添付する場合には、記入の必要はありません。）

総売上高	万円	売上原価	万円
営業外収益	万円	販売費・一般管理費	万円
特別利益	万円	営業外費用・特別損失	万円
		特別損失	万円
(1) = (2)		当期純利益	万円
(1) 計	万円	(2) 計	万円

4 官公庁の納入実績（最近 2 年間の収支決算における実績）

(1) 北海道（前年）	延べ金額	万円
〃（前前年）	延べ金額	万円
(2) 国、市町村、公社等（前年）	延べ金額	万円
〃（前前年）	延べ金額	万円

〔 前年・前々年に実績のあった官公庁（北海道にあっては本庁各部及び部局名）を記載してください。納入等実績がない場合は、入札に参加した官公庁及び時期を記載してください。 〕

官 公 庁 名	期 間（時 期）	官 公 庁 名	期 間（時 期）
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月

5 クリーニング業の開設に伴う届出

確 認 書 交 付 年 月 日	届 出 番 号	確 認 保 健 所 名
年 月 日		保健所

## 6 本支店等及び洗濯場

番 号	支 店 等 の 名 称	所 在 地	洗濯場の有無
1			
2			

- 注1 業務を担当（各病院へ寝具等を配送・回収）することとなる本支店等を記入してください。  
 2 洗濯場の有無欄には、支店等に洗濯場が併設されているものは○、併設されていないものは×を記入してください。

## 7 病院への搬送等

搬 送 手 段	経 路	所要時間
		時間

- 注1 手段欄は、トラック、J R等搬送の手段を記入してください。  
 2 経路欄は、自動車による搬送の場合に、国道〇〇号線、道道〇〇号線等と記入してください。  
 3 所要時間欄は、本支店等から病院までの運搬所要時間を記入してください。

## 8 業務代行者の概要

(1) 所 在 地	
(2) 商 号 ・ 名 称 及 び 代 表 者	
(3) 開 業 年 月 日 〔 個人から法人になった場合は それぞれ記入してください。 〕	個 人 開 業 年 月 日 法人設立登記 年 月 日
(4) 従業員数（代表者を含みます。）	人
(5) 医療法施行令（昭和23年厚生省令第50号） 第9条の14に規定する基準適合の有無	適合している 適合していない

- 注1 (5) については、該当するものに○印を付してください。  
 2 業務代行者に係る次の書類を添付してください。  
 ・ クリーニング業の開設に係る確認書（写し）（保健所長の発行するもの）  
 ・ 医療関連サービスマーク認定証（写し）（（財）医療関連サービス振興会の発行するもの）  
 認定されていない場合は、寝具類洗濯施設の概要（別記様式に記載してください）、洗濯施設の平面図、標準作業書及び業務案内書を添付してください。