（様式第１号）

参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

茨城県立医療大学長　殿

所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名

　令和３年　月　　日付で公告のあった下記の公募に参加したいので，参加する資格等の確認について，下記のとおり申請します。

　なお，本申請書の内容及び申立事項については，事実と相違ないことを誓約します。

記

１　事業名

茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営事業

２　申立事項

（１）地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４に該当する者ではありません。

（２）会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立、民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立を行っている者ではありません。

（３）使用許可期間中、本事業を安定かつ継続して運営することができる法人です。

（４）食品衛生法（昭和22年法律第233号）、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）等関係法令等に基づく許認可等（届出を含む）については、必要に応じて運営開始までに確実に取得します。

　（５）過去３年間に食品衛生法に基づく行政処分を受けている者ではありません。

（６）茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36条）第２条第１号から同条第３号に規定するものではありません。

（７）国税又は地方税を滞納している者ではありません。

（様式第１号の２）

参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

茨城県立医療大学長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者（参加者）所　 在　 地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| （協力者）所　 在　 地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |

　令和３年　月　　日付で公告のあった下記の公募に参加したいので，参加する資格等の確認について，下記のとおり申請します。

　なお，本申請書の内容、申立事項及び別紙協力者概要については，事実と相違ないことを誓約します。

記

１　事業名

茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営事業

２　申立事項

（１）地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４に該当する者ではありません。

（２）会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立、民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立を行っている者ではありません。

（３）使用許可期間中、本事業を安定かつ継続して運営することができる法人です。

（４）食品衛生法（昭和22年法律第233号）、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）等関係法令等に基づく許認可等（届出を含む）については、必要に応じて運営開始までに確実に取得します。

　（５）過去３年間に食品衛生法に基づく行政処分を受けている者ではありません。

（６）茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36条）第２条第１号から同条第３号に規定するものではありません。

（７）国税又は地方税を滞納している者ではありません。

３　添付書類

　（１）委任状（様式第１号の３）

（２）協力者概要（別紙：協力者分について提出すること）

（様式第１号の３）

委任状

令和　　年　　月　　日

茨城県立医療大学長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者（参加者）所　 在　 地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 委任者（協力者）所　 在　 地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |

　私（委任者(協力者)）は、茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営事業者選定に係る公募に参加するにあたり、下記の事項に関する権限を上記受任者（参加者）に委任します。

また、参加者に使用許可が認められた場合は、業務の遂行及び業務の遂行に伴い参加者が負担する債務の履行に関し、参加者から受任する業務の範囲において連帯して責任を負います。

記

１　委任事項

　　１　茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営事業者選定に係る公募に関すること。

　　２　茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営に係る使用許可に関すること。

　　３　茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営に係る大学との協議、報告、その他の行為に関すること。

別紙

協力者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は法人名 |  |
| 法人代表者職氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 主な事業内容 |  |
| 事業経歴 |  |
| 参加者から受任する業務の範囲 |  |
| その他 |  |

注１：記入欄が足りない場合は、適宜欄又は用紙を追加して記入してください。

注２：従業員数は、正規契約に基づき雇用されている従業員とし、パート・臨時の被雇用者は含めません。

注３：運営事業者選定後、参加者との委託関係を確認する書類の提出を求める場合があります。

（様式第２号）

茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務

運営事業者公募に係る企画提案書

　　令和　　年　　月　　日

茨城県立医療大学長　 殿

所　 在　 地

商号又は名称

　　　　　　 代表者職氏名

茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務運営事業者公募に係る企画提案を本書のとおり提出します。

記載責任者及び連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  役　職・氏　名 |  |
| 担　当　部　署 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ 番 号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

（様式第３号）

質　　問　　票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 茨城県立医療大学付属病院売店及び入院セット提供業務  運営事業者公募に係る質問・回答 |
| 質問者：商号又は名称  　　　　所　　属  　　　　担当者名  　　　　ＴＥＬ  　　　　ＦＡＸ  　　　　E-mail |
| 質　問： |
| 回　答： |