第３号様式（第28条）

年　　月　　日

公募型指名競争入札参加意向申出書

横浜市病院事業管理者

業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印※

　次の指名競争入札に参加を申し込みます。

公表日　　令和5年11月28日 　　　　　　種目名　　労働者派遣

**（注意）種目別に提出してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 契約番号 | 件　　　名 |
| １ | なし | 令和５年度横浜市立脳卒中・神経脊椎センター産休・育休代替薬剤師労働者派遣業務 |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

（注意）

１　押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、参加資格を満たさないものとする。

２　「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、参加資格を満たさないものとする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。

３　「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、参加資格を満たさないものとする。

--------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法 | 本人確認書類（　　　　　　　　）・電話・メールアドレス  ＦＡＸ番号・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

別記様式１

入札（見積）書

　　年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名　 　　　　　 　　　　　　㊞※

　次の金額で、関係書類を熟覧のうえ、横浜市医療局病院経営本部契約規程を遵守し入札

（見積）いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　額 |  |  |  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

件　　名　　　　令和５年度横浜市立脳卒中・神経脊椎センター産休・育休代替薬剤師労働者派遣業務

（注意）

　　入札（見積）書には、消費税法第９条第１項規定の免税事業者であるか課税事業者であるかを問わず、見積った契約希望価格の 110分の 100に相当する金額を記載すること。

※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

（注意）

１　入札の場合、押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、無効とする。

２　入札の場合、「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、無効とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。

３　入札の場合、「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、無効とする。

------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法  （☐随意契約のため、在籍確認不要） | 通知書・申請書類・本人確認書類（　　　　　　　　　）  電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

別記様式２

**設計図書《仕様書》等に関する質問書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

件名　　　令和５年度横浜市立脳卒中・神経脊椎センター産休・育休代替薬剤師労働者派遣業務

|  |  |
| --- | --- |
| 件名、設計図書《仕様書》  該当ページ等 | 質　　　問　　　内　　　容 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入 札 辞 退 届  　　年　　月　　日  　横浜市病院事業管理者  住　　　　所  商号又は名称  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　※  　　次の入札について、都合により辞退したいのでお届けいたします。  件　　　名　　　令和５年度横浜市立脳卒中・神経脊椎センター産休・育休代替薬剤師労働者派遣業務  ※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | | |  |  |  | | **連　　　絡　　　先** |  |  | |  | | **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | | |  |  |  | | **連　　　絡　　　先** |  |  | |  |   １　押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、不受理とする。  ２　「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、不受理とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。  ３　「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、不受理とする。  --------------------------------------------------------------------------------------   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 横浜市使用欄 | 横浜市担当者名 |  | | 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 | | 確認方法 | 申請書類・通知書・本人確認書類（　　　　　　　　　　　）  電話・メールアドレス・ＦＡＸ番号  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  | |

（Ａ４）