

(第1号様式)

一般競争入札参加資格確認申請書

令和元年10月 日

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 理事長 殿

住所又は名称  
商号又は名称  
代表者名  
電話番号

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団における擁壁の補強工事に係る一般競争入札に参加を希望しますので、下記のとおり関係書類を提出します。

なお、当該入札に係る契約を締結する能力を有しない者及でないこと、並びに申請書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 公告年月日 令和元年 10 月 8 日 (火)
- 2 契約名 (公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 擁壁の補強工事
- 3 一般競争入札参加確認  
申請書記載責任者名：  
電話番号：
- 4 資格確認事項
  - (1) 資格確認事項として下記の書類を添付して下さい。
    - ・ 沖縄県浦添市より通知される「入札参加適格合格通知書」の写し
    - ・ 種類及び規模をほぼ同じくする工事を数回以上にわたって誠実に履行した実績
  - (2) 入札保証金に関する資料
    - ・ 免除を受ける場合：上記契約書写し等実績を示す書類
    - ・ 現金を納付する場合：事業団会計規程に基づく
- 5 留意事項
  - (1) 提出した申請書類のみで資格が判断できないときは、3の申請書記載責任者へ確認致します。

(第2号様式)

## 入 札 書(工事)

入 札 金 額	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
調査業務事項	(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 擁壁の補強工事								
調 査 場 所	沖縄県浦添市沢岬二丁目23番1号								
調 査 期 間	契約締結日から令和2年3月10日								
入 札 保 証 金									
<p>上記金額にその100分の10に相当する金額を加算した金額（当該額に1円未満の端数があるときは、その端数金額）をもって請負したいので、ご呈示の設計書、仕様書、公財財団法人沖縄県保健医療福祉事業団会計規程並びにご指示の事項を承認して入札いたします。</p> <p>令和元年10月 日</p> <p>住 所 入札人 氏 名 印</p> <p>(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 理 事 長 安 里 哲 好 殿</p>									

(第3号様式)

委 任 状

私儀

を代理人と定め下記の権限を委任致します。

記

- 1 (公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 擁壁の補強工事
- 2 代理人使用印

令和元年 10 月 日

住 所

商号又は名称

氏 名

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 殿  
理 事 長

(第4号様式)

令和元年 10 月 日

# 質 問 書

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 理事長 殿

住 所

商 号

代表者名

印

件 名 : 擁壁の補強工事

No.	質 問 事 項