様式第１号

入札参加資格審査申請書

令和　　年　　月　　日

　岩手県医療局長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所又は主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び

代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　印

県立病院重油等地下タンク貯蔵所清掃点検業務に係る条件付一般競争入札に参加したいので、入札説明書３(１)により下記書類を添付して申請します。なお、資格者名簿番号は以下のとおりです。

記

【添付書類】

１　納税証明書(※発行後３か月以内のもので、写しも可とする。)

(1)税務署発行（その３の３・「法人税」及び「消費税及地方消費税」について未納税額のない証明用）

(2)広域振興局等発行（様式第111号）

２　資本関係・人的関係に関する届出書（様式第２号）

３　業務が履行できることの誓約書（様式第３号）

４　県立病院重油等地下タンク貯蔵所貯蔵所清掃点検業務資格者等名簿（様式第４号）

５　以下の許可証(写)

1. 岩手県知事による産業廃棄物収集運搬業許可証（事業の範囲に廃油を含む）
2. 岩手県知事による特別管理産業廃棄物収集運搬業許可証（事業の範囲に廃油（灯油）を含む）

※資格者名簿番号の記載

　令和4・5・6年度庁舎等管理業務競争入札参加資格者名簿

資格者名簿番号**（　　　－　　　　　　　）**

様式第２号

資本関係・人的関係に関する届出書

令和　　年　　月　　日

岩手県医療局長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び

代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　印

　このことについて、下記のとおり届出をします。

記

１　資本関係に関する事項

1. 親会社等（会社法第２条第４号の２に規定するもの）

親会社の有無　　有　・　無　（どちらかに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 住所又は主たる事務所所在地 |  |
| 電話番号 |  |

　(2)　子会社等（会社法第２条第３号の２の規定によるもの）のうち、庁舎等管理業務競争入札参加資格者名簿の「清掃（貯油槽）」に登録を受けている子会社等

　子会社等の有無　　　有　・　無　（どちらかに○）

　※　子会社等を有する場合は、子会社等の商号又は名称を記した名簿を添付すること。

２　人的関係に関する事項

　　庁舎等管理業務競争入札参加資格者名簿の「清掃（貯油槽）」に登録を受けている会社における役員兼任

　　役員兼任の有無　　有・　無　（どちらかに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 役職・氏名 |  |
| 兼任先 | 商号又は名称 |  |
| 役職 |  |

３　中小企業等協同組合に関する事項

中小企業等協同組合又はその組合員（会員）

該当の有無　　組合　・　組合員（会員）　・　該当なし（いずれかに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 住所又は主たる事務所所在地 |  |
| 電話番号 |  |

　※ 中小企業等協同組合法に規定する協同組合が届出を行う場合は、本書に全役員及び全組合員の名簿（会員を含む）を添付すること。

様式第３号

誓約書

令和　　年　　月　　日

岩手県医療局長　様

　　住所又は主たる事務所の所在地

名称及び代表者の氏名　　　　　　　印

　岩手県医療局が発注する「県立病院重油等地下タンク貯蔵所清掃点検業務」の入札に参加するに当たり、下記のとおり当社の状況を報告します。

なお、本書の記載内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

１　国又は他の地方公共団体における同種業務の履行状況等

1. 過去５年間における契約解除の有無　　　【 有り ・ 無し 】

〔有りの場合そのてん末及び本県においては誠実に業務を履行する旨の誓約〕

※注：有りの場合、契約解除通知を添付すること。

1. 過去５年間における指名停止処分の有無　【 有り ・ 無し 】

〔有りの場合そのてん末及び本県においては誠実に業務を履行する旨の誓約〕

※注：有りの場合、指名停止通知を添付すること。

２　従業員の労働福祉の状況等

1. 雇用時の最低賃金額（令和６年10月１日現在）

　　　　　　　　円　　【　月額　・　日額　・　時間額　】

1. 過去５年間における賃金未払いの有無　　【 有り ・ 無し 】

〔有りの場合そのてん末及び本県においては同様の事態を生じさせない旨の誓約〕

1. 社会保険制度への加入状況等

　ア　加入状況　【 労働者災害補償保険　・　雇用保険　・　健康保険　・　厚生年金保険 】

　　イ　未納の有無　【 有り ・ 無し 】

(4)　従事者の過去１年間の健康診断の実施の有無及び令和６年度実施の有無

過去１年間の健康診断実施【 有り ・ 無し 】

　　令和６年度実施予定　　 【 有り ・ 無し 】

**※注：【 】内は、該当するものに「○」印を付すこと。**

様式４

県立病院重油等地下タンク貯蔵所清掃点検業務資格者等名簿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 危険物取扱者資格 | 資格者氏名 | 免状交付番　　号 | 免状交付年 月 日 | 保安講習　修了年月日 | 勤務先名 | 左記勤務先着任年月日 |
| 甲　　　種 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 乙種第４類 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 丙　　　種 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般財団法人全国危険物安全協会が行っている地下タンク等定期点検実施制度による技術者講習修了者 | 講習修了者氏名 | 講習修了年月日 | 受 講 期 限 | 勤務先名 | 左記勤務先着任年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※１　記載欄は、適宜追加願います。（氏名の重複可）

* ２　危険物取扱者免状及び講習修了証の写し（表・裏）を添付すること。
* ３　「勤務先名」は、岩手県内の本社、支店又は主たる営業所に常勤していることを確認するものであるこ

　　と。

※４　「講習修了年月日」は、定期講習を受けている場合、直近の年月日を記載のこと。