

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

先に公告された一般競争入札に参加したいので、下記のとおり申請します。  
なお、地方自治法施行令第167条の4の規定に該当しない者であること、並びにこの申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

### 記

1 公告年月日 令和8年6月19日

2 委託業務名 県立病院等医療ガス設備保守点検業務

3 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。  
・税務署発行（その3の3・「法人税」及び「消費税及び地方消費税」について未納税額のない証明用）  
・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) 入札説明書2（2）が確認できる書類  
医療関連サービスマーク（医療ガス供給設備の保守点検業務）認定証書の写し  
又は医療法施行規則第9条の13の要件を満足することを証明する書類（任意様式）

4 申出事項

- (1) 入札説明書2（5）の有無 【 有り ・ 無し 】  
(2) 入札説明書2（6）の有無 【 有り ・ 無し 】

5 連絡担当者職氏名・連絡先

担当者職名・氏名	
住 所	
電話番号	
FAX	
電子メールアドレス	

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（会社法（平成 17 年法律第 86 号）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（会社法第 2 条第 3 号の規定によるもの）のうち県立病院等医療ガス設備保守点検業務委託に係る競争入札の参加する子会社等

子会社等の有無 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 人的関係に関する事項

県立病院等医療ガス設備保守点検業務委託に係る競争入札に参加を予定している他の会社における役員兼任

役員兼任の有無 有 ・ 無 （どちらかに○）

役員・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 ・ 該当無し （いずれかに○）

商号又は名称	
住所又は主たる事務所所在地	
協同組合住所	

※ 中小企業等協同組合法（昭和 24 年法律第 181 号）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（会員を含む。）の名簿を添付すること。

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「県立病院等医療ガス設備保守点検業務」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 国また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。

(2) 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8年6月1日現在）

\_\_\_\_\_ 円 【 月額 ・ 日額 ・ 時間額 】

(2) 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誠実に業務を履行する旨の誓約]

(3) 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8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8年度実施予定 【 有り ・ 無し 】

※：【 】内は該当するものに「○」印を付すこと。