

地方独立行政法人知多半島総合医療機構の契約にかかる書類の作成方法について

「**指名競争入札について（通知）**」が届いた業者の方は、以下に従って、**入札書および封筒**を作成し持参のうえ、通知文に記載の入札日時に参加してください。

なお、各社の様式での提出は認められませんので、**必ず地方独立行政法人知多半島総合医療機構のホームページから様式を入手し作成してください。**

※**様式および地方独立行政法人知多半島総合医療機構競争入札参加者心得書**は下記URLよりダウンロードしてください。

<https://www.chitahantogmo.or.jp/bid/yousiki-33088/>

①指名競争入札について（通知）

AAAA株式会社
代表取締役 ○○ ○○ 様

令和○○年○○月○○日

**地方独立行政法人知多半島
総合医療機構 理事長 殿**

指名競争入札について（通知）

下記により指名競争入札を行いますので、地方独立行政法人知多半島総合医療機構競争入札参加者心得書に従い、入札されるよう通知します。

件名	① 件名
履行場所	② 履行場所
開 覧	日 時 令和7年 月 日 17時15分まで
場 所	医事業務課
入 札	日 時 令和7年 月 日 17時15分まで
場 所	③ 入札日時・場所
履 行 期 間	令和7年 月 日から令和8年 月 日まで
入 札 保 証 金	免除
契 約 保 証 金	免除
前 払 分	無
部 分 払	無
予 定 価 格	未公表
最 低 制 限 価 格	無
条 件	④ 条件
問 い 合 せ 先	医事業務課

【注意事項】

(1) 入札決定にあたっては、入札書に記載された金額に該当金額の100の10に相当する額を加算した金額（当該金額に1円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てた金額）をもって決定額とするので、入札者は、消費税及び地方消費税に係る課税事業者であることを問わず、見積もった契約希望金額の110分の100に相当する金額を入札書に記載すること。

(2) 原則として、仕様書等は閲覧場所で見覧に供する。

(3) 所定の日時までに到達しない入札は無効とします。

(4) 代理人による入札書の提出は、委任状が必要となります。

(5) 公正な見積の確保のため、競争入札参加者心得書第9条の2を厳守すること。

(6) 競争入札参加者心得書を熟読してください。

入 札 書

令和 年 月 日

**地方独立行政法人知多半島
総合医療機構 理事長 殿**

入札者 氏 名 AAAA株式会社 代表取締役 (名称及び代表者氏名)

所在地 〇〇市〇〇町1丁目1番地

社印 代表者印

地方独立行政法人知多半島総合医療機構競争入札参加者心得書第1条の上、下記のとおり参加します。

記

招 標	億	千 万	百 万	招 万	万	千	百	招 拾	円
金	1	0	0	0	0	0	0	0	0

ただし、下記委託の受託料

1	委 託 名	件名 改修工事
2	路線等の名称	
3	履 行 場 所	履行場所 所在地

(注) 1 用紙の大きさは日本工業規格A4とする。
2 訂正は抹消した箇所に押印すること。（金額の訂正はできない。）
3 金額の数字はアラビア数字を用い頭に「金」を記入のこと。

※分かりやすいように文字のフォントを変えていますが、実際に作成する場合は、ダウンロードした**様式のフォントに合せるか、手書き**としてください。

※業務によっては、「④ 条件」に記載がある場合がありますので良く確認してください。

※封筒は、**長3**又は**長40**サイズで作成してください。

**地方独立行政法人知多半島総合医療機構
理事長 殿**

委託名 件名
路線等の名称
委託場所 履行場所

入札書在中

入札日

封筒表面

入札者 所在地
名称
代表者氏名

社印

封筒裏面

社印