

様式第1号

令和 年 月 日

岩手県立遠野病院長 鈴木 雄 様

所在地又は住所

氏名（商号又は名称）

代表者氏名

電話番号

FAX番号

印

入札参加資格確認申請書

令和6年3月21日付けで公告のありました「AMULETInnovality システム保守業務委託」に係る一般競争入札に参加したく、確認をお願いします。

記

1 添付書類

(1) 誓約書（様式第2号）

(2) 業務履行等調書（様式第3号）

添付 実績証明書又は契約書等の写し

2 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

番号（ — ）

令和5・6・7年度競争入札参加資格者名簿

番号（ — ）

本手続きに係る担当者	
所 属	
担当者職氏名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	

誓 約 書

令和 年 月 日

岩手県立遠野病院長 鈴木 雄 様

申請者 住所又は主たる事務所の所在地
名称及び代表者氏名

印

岩手県立遠野病院長が発注する「AMULETInnovality システム保守業務委託」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件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件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（誓約日現在）

_____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件においては同様の事態を生じさせない旨の誓約]

(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今後1年間の実施予定の有無

過去1年間の健康診断実施 【 有り ・ 無し 】

今後1年間の実施予定 【 有り ・ 無し 】

※注：【 】内は該当するものに○印を付すこと。

令和 年 月 日

岩手県立遠野病院長 鈴木 雄 様

所在地又は住所

氏名（商号又は名称）

代表者氏名

印

電話番号

FAX番号

業 務 履 行 等 調 書

次のとおり施行実績等を有することから、「AMULETInnovality システム保守業務委託」に係る契約の履行が確実に実施可能であることを誓約するため、下記のとおり業務実績等を報告します。

記

1 業務実績（過去2年間）

発注者	業務名	契約期間	備考
記載例) ○○病院長	○○業務	R4.4.1~R5.3.31	

注1：業務名は、契約書記載の件名（委託業務名）を記載すること。

実績証明書又は契約書等の写しを添付すること。

2 業務に従事する資格者等

氏名	資格名	免状番号	備考
記載例) 岩手 太郎	○○士○類	岩・第○○号	

3 本社・営業所の状況

本業務を担当する、営業所の所在地・専門技術者人数

所在地	有資格者数

(実績証明書様式)

AMULETInnovality システム保守業務委託に係る履行実績証明書

令和 年 月 日

岩手県立遠野病院長 鈴木 雄 様

住所又は主たる事務所の所在地

名称及び代表者氏名

印

このことについて、下記のとおり報告します。

業 務 の 名 称	
業務実施場所（住所）	
施 設 の 名 称	
最 終 請 負 額	円
履 行 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
委 託 者	
受 託 者（業者名）	

※ 委託業務の実績を確認できる書類として、委託者から証明を受けること。