

年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所
称号又は名称
代 表 者 印

条件付き一般競争入札参加資格確認申請書

下記業務の条件付き一般競争入札について、入札参加資格を確認されたく、次のとおり添付書類を添えて申請します。

入札件名 (業務名)	令和8年度後発医薬品差額通知業務
---------------	------------------

【添付書類】

- 1 業務実績調書
- 2 競争入札参加者資格名簿の登録を示す書類等の写し
- 3 過去2年の間に、国（公社、公団及び独立行政法人を含む。）、県又は他の地方公共団体と業務内容の種類及び規模をほぼ同じまたはそれ以上とする契約を締結し、当該契約を履行した実績を示す書類等の写し（業務実績調書に記載した業務の契約書または実績証明書の写し等）
- 4 個人情報保護や対策を目的とした公的機関の認定認証の取得を証明する書類等の写し

【誓約事項】

- ・ 私は、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4各号に該当しないことを、根拠文書を添えて証明します。
- ・ 私は、自社又は他の入札参加者が行った行為により、当該入札の公正性に疑義が生じ、福井県後期高齢者医療広域連合において当該入札の中止等いかなる処置をとられても、一切異議の申立てをしません。
- ・ 私は、この申請書や添付書類に記載漏れや誤記載があることにより入札参加決定されなかった場合でも、一切異議の申立てをしません。
- ・ 私は、この入札の落札者として決定された後において地方自治法施行令第167条の4各号に反する事実が判明した場合には、直ちに福井県後期高齢者医療広域連合に届け出ることにします。
- ・ 前項の届け出の結果、当該落札者としての決定を取り消されることとなっても、入札保証金の返還を求めません。

【問い合わせ先】

担当者所属： 氏名：

電 話： 郵便番号：〒

文書送付先住所：

e-mail：