（様式第１号）

平成　　年　　月　　日

競争入札参加申込書

長崎県五島中央病院　院長　村瀬　邦彦 　様

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　入札公告に基づき、競争入札に参加を申し込みます。

　　　なお、今回の参加にかかる連絡等の担当者は下記のとおりです。

記

　　　　　１　入札件名　　　デジタルＸ線透視撮影システム　　　一式

　　　　　２　所属部署

　　　　　３　担当者名

　　　　　４　電話番号

　　　　　５　FAX番号

　　(注)１　複数名の記載でも可。

　　(注)２　別紙の誓約書（様式第２号）及び添付書類とともに、本紙を提出すること。

（様式第２号）

**誓　約　書**

入札参加について、入札公告に定める入札参加資格要件を満たしていること、また入札

の執行、契約の履行にあたっては関係諸規則を遵守し、決して不正の行為をなさないこと

を誓約いたします。

　　なお、万一違反不正の行為があった場合において入札公告に定める処分を受けても異議

はありません。

平成　　　年　　　月　　　日

　　長崎県五島中央病院　院長　村瀬　邦彦　　様

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　印

添付書類

１．医療機器修理業許可証の写し

２．アフターサービス・メンテナンス体制を説明する資料（様式第３号）

　（障害復旧の際の病院、担当支社等、メーカーの連絡体制等を記入し

　　た障害復旧体制を説明する資料を添付すること）

３．仕様書に対する回答書（様式第４号）

（様式第３号）

アフターサービス・メンテナンス体制を説明する資料

　　　　　　　　　　　　　　　　入札名　デジタルＸ線透視撮影システム　一式

　１　障害復旧体制について記入すること。（当院から要請があった場合の処理フロー）

　２　障害復旧着手に要する時間等

　（１）何時間以内で対応可能か。

　（２）メンテナンス会社名

　（３）所在地・電話番号

　（４）対処可能な技術者の数

　（５）代理店が一次処理する場合は、代理店の会社名、所在地、電話番号及び技術者の数

　３　その他特記事項があれば記入のこと。

（様式第４号）

仕様書に対する回答書

長崎県五島中央病院　院長　村瀬　邦彦 　様

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

本入札に係る仕様書について、以下のとおり回答致します。

１．入札名　　デジタルＸ線透視撮影システム　一式

２．回答内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 仕様書項目番号 | 項目 | 回答 | |
| 仕様書に相違なき場合 | 仕様書と相違のある場合 |
|  | 構成内訳 | 構成内訳書のとおりです |  |
| １ | 技術要件の概要 | 調達物品に係る性能、機能及び技術等の要求要件を満たします |  |
| １ | 調達物品の要件 | 仕様書の要件を満たします |  |
| 2-1-1 | 納入先 | 長崎県富江病院とし、病院指定の場所に設置します |  |
| 2-1-2 | 既存の装置等の取扱 | 既存の装置及び周辺機器の撤去及び廃棄を行います |  |
| 2-1-2 | 機器導入設置に関する工事費用等 | 環境整備工事が必要な場合は貴院の許可を得て行います。その際の費用負担は当社が負担します |  |
| 2-1-2 | 機器導入設置に関する工事の実施について | 設置後の運用に支障がないよう貴院の指示に従います |  |
| 2-1-2 | 機器の搬入等について | 診療業務に支障をきたさないよう貴院の指示に従います |  |
| 2-1-3 | 必要な届出等について | 諸官庁への届出が必要な場合は協力します |  |
| 2-1-4 | 納入期限 | 納入期限を厳守します |  |
| 2-2-1 | 無償保証期間 | 無償保証期間は、納入後１年間とする |  |
| 2-2-2 | 部品の安全供給 | 消耗品及び部品について安全供給が確保されています |  |
| 2-3-1 | 障害支援体制 | 24時間体制で対応します。また故障時の修理は迅速に完了します |  |
| 2-4-1 | 操作説明 | 操作説明書を備えます。また、操作説明員を派遣し、担当者への指導・訓練を行います |  |
| 2-4-2 | 操作マニュアル | 各装置の操作マニュアルは日本語のものを2部提出すること |  |
|  |  |  |  |

仕様書の内容と相違がある場合は、該当欄にその内容を記入して下さい。

質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 業者名 |  |
| 担 当 部　署 |  |
| 担 当 者 名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問日：　　平成２９年　　　月　　　日 | |
| 入札件名 |  |
| 質問事項 |  |
| （内　容） | |

　　　　　　　　　　　　　　　【提出先】

五島市吉久木町205番地

長崎県五島中央病院　財務係

電話 0959-72-3181　FAX 0959-72-2881

（お願い）FAX送信後は電話連絡をお願い致します。

仕様書貸出受付確認書

|  |  |
| --- | --- |
| 入札日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 入　札  件　名 | デジタルＸ線透視撮影システム |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸出日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 返却日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 会社名 |  | |
| 受領者 | 氏　名 | ㊞ |
| 部署・役職 |  |
| 住　所 | 〒 | |
| 連絡先 | 電話 | |
| 備　考 |  | |