（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

競争入札参加申込書

長崎県五島中央病院　院長　竹島　史直 　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　　　Ａ重油の購入

　　　　　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Ａ重油を販売することができる業者であることを証明

する書類の写しを添付すること。

（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。

令和　　年　　　月　　　日

　　長崎県五島中央病院　院長　竹島　史直　　様

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　印

質問票

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

|  |  |
| --- | --- |
| 質問日：　　令和　　年　　月　　日 | |
| 入札件名 | Ａ重油の購入 |
| 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 | 令和３年４月２８日 |
| 入　札  件　名 | Ａ重油の購入 |

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