

(様式S 1)

競争入札参加資格確認申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
奈良県西和医療センター
院長 横山和弘様

所在地

商号又は名称

代表者名 印

連絡先電話番号

連絡先FAX番号

連絡先メールアドレス

平成30年10月24日付けで公告のありました 西和医療センター空調監視設備更新工事 第30-3号に係る競争入札に参加する資格について、確認されたく、下記の書類を添えて申請します。

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約するとともに、契約締結後において、この申請書及び添付書類の記載内容に疑義が生じ、同書類では参加資格を有していることが確認できないと判明した場合には、契約を解除され、違約金の請求を受けても異議を申し立てません。

・建設業の許可の状況（この工事に関するもののみ記入してください。）

許可番号	許可年月日	許可を受けた建設工事の種類

※認定種別が管理・監督の場合は、施工担当者の事業者認定の状況も記載してください。

添付書類

1. 建設業の許可の状況を示す書類の写し
2. 施工実績を示す書類（契約書及び仕様書の写し 又は 発注者による証明書）
3. 配置予定技術者の資格・工事経歴報告書（様式S 6）
4. モラルに対する決意（様式S 7）
5. 現場代理人報告書（様式S 8）

(様式S 6) (電気設備工事の場合)

配置予定技術者の資格・工事経歴報告書

氏 名	(年 齢 才)	
所 属 (会社名・部署名)		
採用年月日	年 月 日	
法令による免許等	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 級電気工事施工管理技士 第 種電気工事士 第 種電気主任技術者 その他 () 監理技術者資格者証 [交付番号] 監理技術者講習修了証 [交付番号] </div> <div> 年取得 年取得 年取得 年取得 年交付 年交付 </div> </div>	
工 事 経 歴	工 事 名	
	発 注 者	
	施 工 場 所	
	工 期	年 月 日～ 年 月 日
	契 約 金 額	円
	受 注 形 態	
	工 事 概 要	※工事種別「電気設備」に該当する内容の工事について記載してください。
	工 事 種 別	電気設備工事
従 事 役 職		

※受注形態は単体又は共同企業体の別を記載してください。

※別表 1 に掲げる資格を証する書面の写し及び3か月以上の雇用関係を証明する書類（健康保険被保険者証の写し等）を添付してください。

なお、実務経験により資格を有する場合は、実務経験証明書を添付してください。

※工事概要についてはできる限り詳細に記入してください。

(完成・引渡し of 完了したもの of のうち、できる限り最近 of の工事実績を記入してください。)

(様式S 6) (電気通信設備工事の場合)

配置予定技術者の資格・工事経歴報告書

氏 名		(年齢 才)
所 属 (会社名・部署名)		
採用年月日		年 月 日
法令による免許等		電気通信主任技術者 年取得 (第 種伝送交換 ・ 線路) その他 () 年取得 監理技術者資格者証 年交付 [交付番号] 監理技術者講習修了証 年交付 [交付番号]
工 事 経 歴	工 事 名	
	発 注 者	
	施 工 場 所	
	工 期	年 月 日～ 年 月 日
	契 約 金 額	円
	受 注 形 態	(単体又は共同企業体)
	工 事 概 要	※工事種別「通信設備」に該当する内容の工事について記載してください。
	工 事 種 別	通信設備
従 事 役 職		

※受注形態は単体又は共同企業体の別を記載してください。

※別表 1 に掲げる資格を証する書面の写し及び 3 か月以上の雇用関係を証明する書類（健康保険被保険者証の写し等）を添付してください。

なお、実務経験により資格を有する場合は、実務経験証明書を添付してください。

※工事概要についてはできる限り詳細に記入してください。

(完成・引渡しの完了したもののうち、できる限り最近の工事实績を記入してください。)

モラルに対する決意

- 1 建設業法を遵守すること。
- 2 私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律を遵守すること。
- 3 その他建設業者として遵守しなければならない法律及び手続きについて誠実に対応すること。
- 4 暴力団又は暴力団関係者から不当な介入を受けた場合には、県又は警察へすみやかに届け出ること。

当社は上記の 1 から 4 までについて、誠実に取り組んでおり、今回の競争入札参加資格確認申請に当たっても、これらを遵守することを誓約します。

平成 年 月 日

所 在 地

商号又は名称

代 表 者 名

印

(様式S 8)

現場代理人報告書

氏 名	(年齢 才)
所属(会社名)	
採用年月日	年 月 日

※ 3 か月以上の雇用関係を証明する書類（健康保険被保険者証の写し等）を添付してください。