様式１

入札参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館理事長　様

住　　所

商号または名称

代 表 者 氏 名　　印

令和８年11月４日付で公告のありました人工心肺装置調達に係る一般競争入札について、担当者届（様式2）を添えて確認申請します。
なお、下記の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

１　地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館契約事務取扱規則第２条第５項の規定に該当する者でないこと。
２　会社更生法（平成14年法律第154号）又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき更生手続開始又は再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。
３　開札の日の６か月前から開札の日までの間、金融機関等において手形又は小切手を不渡りとなった者でないこと。
４　入札参加申請書の提出期限の日から開札の日までの間に、佐賀県発注の契約に係る入札参加資格停止措置若しくは指名停止措置を受けている者又は佐賀県発注の請負・委託等契約に係る入札参加一時停止措置要領に該当する者でないこと。

様式２

担　　当　　者　　届

商号または名称	
担当部署名	
担当者職・氏名	
担当部署の所在地	
電話番号	
ファックス番号	
電子メールアドレス	

様式３

県　　医　　好　　号
令　和　年　月　日

(商号または名称)
(代表者氏名)

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
理事長　樗木　等

入札参加資格確認申請の審査結果について(通知)

下記事業について、申請のありました入札参加資格の確認について、審査結果を下記のとおり通知します。
なお、入札日当日に必要書類を提出する際には、本通知書の提示も併せてお願いします。

記

１．調達業務名
人工心肺装置　調達業務

２．履行場所
佐賀県佐賀市嘉瀬町大字中原４００
地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館

３．入札資格の有無

有・無

様式４

入　　札　　書

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館理事長　様

本書のとおり入札します。

入札金額（税抜）	
納　入　期　限	令和９年３月３１日
品　　名	人工心肺装置

年　　月　　日

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名　　印

代理人氏名　　印

※代理人が入札する場合は、代表者の押印は不要

様式５

委　　任　　状

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館理事長　様

今般都合により、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞を代理人と定め、下記の入札に関し、一切の権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

所　在　地

商号または名称

代表者氏名　　印

入札年月日	令和８年１２月１７日
入　札　名	人工心肺装置調達に係る一般競争入札

様式６

質　　問　　書

物　　品　　名	人工心肺装置
商号または名称	
担当者職・氏名	

番号	質　問　内　容
1	
2	
3	
4	
5	