

(様式1)

## 競争参加資格確認申請書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

佐賀中部病院

院長 浅見 昭彦 殿

住所

商号又は名称

氏名

令和2年2月10日付で公告のありました「外注臨床検査業務委託」に係る競争参加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、独立行政法人地域医療機能推進機構契約事務取扱細則第5条及び第6条の規定に該当する者でないこと並びに添付資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

また、入札説明書の規定に基づき入札参加資格が無かったことが該当した場合には貴院より入札の無効等の取扱いを受けても、一切の異議を申し出ないことを誓約します。

### 記

1. 統一参加資格審査結果通知書（写）
2. 保険料納付に係る申立書（様式8）
3. 機密保持に関する誓約書（様式9）
4. 反社会的勢力排除に関する誓約書（様式10）
5. 談合等の不正行為に関する誓約書（様式11）
6. 財団法人医療関連サービス振興会による医療関連サービスの認定書類
7. CAP（米国臨床病理医協会）、ISO15189の資格認定書類
8. 佐賀県内または福岡県内に衛生検査登録した検査施設を有している証明書類

(様式3)

# 入 札 書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

佐賀中部病院

院長 浅見 昭彦 殿

競争（入札）参加者

住所

商号又は名称

氏名

⑩

関係書類を熟知のうえ、下記のとおり入札いたします。

## 他内分泌 年間総額

金 額			千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## TM 年間総額

金 額			千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 生化学1 年間総額

金 額			千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 血液凝固 年間総額

金 額			千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 免疫補体1 年間総額

金 額			千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

免疫補体 2 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

遺伝子染色体 1 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

ウイルス感染症 1 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

ウイルス感染症 2 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

薬物関連 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

細菌関連 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

健診 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

(様式4)

# 入札書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

佐賀中部病院

院長 浅見 昭彦 殿

競争（入札）参加者 住所

商号又は名称

氏名

(代理人) 住所

商号又は名称

氏名

印

関係書類を熟知のうえ、下記のとおり入札いたします。

## 他内分泌 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## TM 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 生化学1 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 血液凝固 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 免疫補体1 年間総額

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**免疫補体 2 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**遺伝子染色体 1 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**ウイルス感染症 1 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**ウイルス感染症 2 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**薬物関連 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**細菌関連 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

**健診 年間総額**

金額			千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

(消費税抜き)

## 委任状

今般、 印 を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

### 記

令和2年3月5日に貴院において執行される「外注臨床検査業務委託」に関する入札参加及び契約に関する一切の権限

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

佐賀中部病院

院長 浅見 昭彦 殿

競争（入札）参加者

住所

商号又は名称

代表者氏名

印

(様式6)

## 入 札 辞 退 届

令和2年2月10日付で公告のありました「外注臨床検査業務委託」に係る競争参加資格について競争参加資格確認通知を受けましたが、都合により辞退します。

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
佐賀中部病院  
院長 浅見 昭彦 殿

競争（入札）参加者  
住所  
商号又は名称  
氏名

(様式7)

# 質 疑 応 答 書

独立行政法人地域医療機能推進機構 佐賀中部病院 御中

会社名 \_\_\_\_\_

件名：外注臨床検査業務委託

No.	質疑事項	回答



## 保険料納付に係る申立書

当社は、直近2年間に支払うべき社会保険料（厚生年金保険、健康保険（全国健康保険協会管掌のもの）、船員保険及び国民年金の保険料をいう。）及び直近2保険年度に支払うべき労働保険料（労働者災害補償保険及び雇用保険の保険料をいう。）について、一切滞納がないことを申し立てます。

なお、この申立書に虚偽内容が認められたときは、履行途中にあるか否かを問わず当社に対する一切の契約が解除され、損害賠償金を請求され、併せて競争参加資格の停止処分を受けることに異議はありません。

また、当該保険料の納付事実を確認するために関係書類の提示・提出を求められたときは、速やかに対応することを確約いたします。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(住 所)

(名 称)

(代表者)

印

経理責任者

独立行政法人地域医療機能推進機構 佐賀中部病院

院 長 浅見 昭彦 殿

注) この申立書と合わせて、又はこの申立書に代えて、各保険料の納付が確認できる領収証書や滞納がない旨の証明書類等を提示又は提出して頂くことがあります。

## 機密保持に関する誓約書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
佐賀中部病院  
院長 浅見 昭彦 殿

住 所 (所在地)  
氏 名 (法人名) 印  
(代表者名)  
電話番号 : ( ) -  
E-mail :

\_\_\_\_\_ (以下「当社」という。) は、外注臨床検査業務委託の検討 (以下「本件目的」という。) を行なうにあたり、貴院から当社に対して開示される機密情報 (以下「機密情報」という。) の取扱いに関し、以下各条のとおり誓約します。

### (機密情報の定義)

第1条 本件機密情報とは、本件目的の実施にあたって書面・口頭その他開示の方法を問わず開示される一切の情報をいいます。ただし、以下のいずれかに該当する情報については、この限りではありません。

- (1) 開示を受ける以前より、自ら保持し、又は第三者から入手していた情報。
- (2) 開示を受ける時点で既に公知であった情報、又はその後公知となった情報。
- (3) 守秘義務を負わない第三者から正当に入手した情報。
- (4) 当社が機密情報を利用せずに独自に開発した情報。
- (5) 貴院から書面により開示の承認を得た情報。

### (機密情報の取扱い期間)

第2条 本誓約書の有効期間は、貴院が存続する期間継続するものとします。

### (表明及び保証)

第3条 貴院が機密情報の内容の正確性、完全性及び最新性につき何らの表明及び保証 (明示か黙示を問わない。) を行なわないことを当社は了承します。

- 2 当社は、機密情報が不正確であった場合等においても、これについて貴院に対し損害賠償の請求その他一切の異議を申し立てないものとします。

### (機密情報の取扱い)

第4条 貴院は、機密情報について厳に機密を保持し、本件目的のみのために使用するものとし本誓約書において認められた場合を除き、第三者にこれを開示し、漏洩し、公表しません。

- 2 当社は、当社及びその関連会社の社内においても、本件目的達成のために関係する、必要最小限の役員及び一部特定の従業員以外の役員及び一般従業員に対して

は、一切情報を開示せず、また情報の開示を受ける一部特定の従業員に対して、在職中及び退職後においても機密を完全に厳守せしめ、かつ本件目的以外に使用させないよう万全の措置を講じます。

(機密情報取扱いの例外)

第5条 当社は、機密情報の開示の相手方として事前に貴院の書面による同意を得た者及び次に掲げる者に対して、合理的に必要とされる範囲の情報を開示することができるものとします。

- (1) 顧問弁護士、会計監査人
- (2) 機密の厳守及び本件目的以外の利用禁止を条件として、本件目的の実施に関し助言を求める会計士、その他外部の専門家
- (3) 裁判所又は行政庁から法令に基づき機密情報の開示にかかる命令を受けた場合における当該官公署
- (4) 法令に基づき当社を監督する官公署又は団体からその監督の目的のために機密情報の開示にかかる要請を受けた場合における当該官公署又は団体

(善管注意義務)

第6条 当社は、善良なる管理者の注意をもって、貴院又は貴院の指定する者より交付を受けた機密情報に関する調査報告書、書類、図面、見本その他一切の資料を保管使用します。

(機密情報の返還)

第7条 当社は、本件目的の実施が終了したとき又は貴院より請求を受けたときには、直ちに開示された本物件に関する一切の機密情報を、貴施設の指示に従い貴施設に返還又は当社の責任において破棄します。

(損害賠償)

第8条 貴施設は、当社が本誓約書に違反したことにより貴施設が損害を受けた場合は、当社に損害賠償を請求できるものとします。

(準拠法及び管轄裁判所)

第9条 本契約は日本法を準拠法とし、本契約に係る問題は日本法に従って取扱うものとします。

- 2 当社は本誓約書に関し、争いが生じた場合は、佐賀地方裁判所を第一審の専属管轄裁判所とすることに同意します。

以上

## 反社会的勢力排除に関する誓約書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

佐賀中部病院

院長 浅見 昭彦 殿

住 所：

商号又は名称：

氏名(代表者)：

印

弊社は、独立行政法人地域医療機能推進機構佐賀中部病院（以下「機構」という。）の取引に伴い、暴力団、暴力団員、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋等、社会運動等標ぼうゴロ又は特殊知能暴力団等、その他これらに準ずる者（以下「反社会的勢力」という。）のいずれにも該当しないことを表明し、以下の通り誓約致します。

なお、本誓約書にて誓約した事項については、本誓約書提出以前に弊社と機構との間で締結した一切の契約及び本誓約書提出以降に弊社と機構の間で締結する一切の契約について適用されることを了承します。

1. 弊社は、機構と締結する契約に際し、反社会的勢力に該当しないこと、及び次の各号に該当しないことを表明し、

かつ、将来にわたっても該当しないことを誓約します。

(1) 反社会的勢力が経営を支配していると認められる関係を有すること

(2) 反社会的勢力が経営に実質的に関与していると認められる関係を有すること

(3) 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって不当に反社会的勢

力を利用してしていると認められる関係を有すること

(4) 反社会的勢力に対して資金等を提供し又は便宜を供与する等の関与をしていると認められる関係を有すること

(5) 役員または経営に実質的に関与している者が反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有すること

(6) その他前号(1)から(5)に類する反社会的勢力との関係を有すること

2. 弊社は、自らまたは第三者を利用して次の各号に該当する行為を行わないことを誓約します。

(1) 暴力的な要求行為

(2) 法的な責任を越えた不当な要求行為

(3) 取引に関して、脅迫的な言動をし、または暴力を用いる行為

(4) 風説を流布し、偽計を用いて相手方の信用を毀損し、または相手方の業務を妨害する行為

(5) その他前号(1)から(4)に準じる行為

3. 弊社は、自らの全ての下請または再委託先業者（以下「関連業者」という。）が第1項に該当しない

ことを確約し、将来にわたっても関連業者が同項若しくは第2項各号に該当する行為を行わないことを誓約します。

4. 弊社は、関連業者が前項に該当することが契約締結後に判明した場合には、直ちに関連業者との契約を解除し、又は契約解除のための措置をとるものとします。
5. 弊社が前各項に違反した場合、機構が弊社に何らの催告なしに直ちに契約を解除しても弊社は異議を述べないことを確約します。
6. 弊社は、前5項により契約を解除された場合、機構に対して一切の損害賠償請求を行わないことを確約し、また、契約書で定められている違約金（損害賠償金の予定）を機構に支払うことを確約します。

(様式 11)

## 談合等の不正行為に関する誓約書

弊社は、令和 2 年 2 月 10 日付入札公告（外注臨床検査業務委託）に係る入札説明書の内容を熟知し、法令等を遵守し、談合等の不正行為がないことを誓約いたします。

尚、弊社に談合等の不正行為があった場合には、当該契約に係る契約解除並びに損害賠償責任等について、一切の責任を負います。

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

佐賀中部病院

院 長 浅見 昭彦 殿

商号又は名称：

氏名（代表者）： 印

## 添付書類一覧

- 様式 1 競争参加資格確認申請書
- 様式 3 入札書（代表者本人が入札に参加する場合）
- 様式 4 入札書（代理人が入札に参加する場合）
- 様式 5 委任状（会社代表者から担当者（代理人）への委任状）
- 様式 6 入札辞退届
- 様式 7 質疑応答書
- 様式 8 保険料納付に係る申立書
- 様式 9 機密保持に関する誓約書
- 様式 10 反社会的勢力排除に関する誓約書
- 様式 11 談合等の不正行為に関する誓約書