様 式 １

(メールによる質問用紙)

令和 年 月 日

　奈良県総合リハビリテーションセンター総務課長　殿

商号又は名称：

代表者職氏名：

(担当者職氏名： 　 　 )

　　 　 ＦＡＸ番号：

質問書(ＦＡＸによる質問用紙)

次の入札物件について下記のとおり質問します。

入札物件名 ： 奈良県総合リハビリテーションセンター　清掃業務委託 及び院内等洗濯業務委託一式

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 資料名 | ページ | 項目番号 | 質問内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|

　注)「資料名」「ページ」欄は、入札説明書、仕様書等の別と、それぞれの該当ページを記載してください。

様 式 ２

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 競争入札参加資格確認申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　住所・所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先FAX番号  連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ  　令和６年10月28日付けで入札公告のありました奈良県総合リハビリテーションセンター清掃業務委託及び院内等洗濯業務委託一式に係る競争入札に参加する資格について、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並びに地方独立行政法人奈良県立病院機構契約規程第４条の規定に該当しない者であることを誓約します。  　併せて、第一交渉権者と決定した場合は、仕様書の内容の実現を行うことを誓約します。  記 | | | | | | | |
| 奈良県登録番号 | ・ | | | 資 本 金 | | 千円 | |
| 病　院　清　掃　の　実　績 | | | | | | | |
| 契約の相手方(病院名) | | | 病 床 数 | | 契 　約 　期 　間 | | 常時配置  人 員 数 |
|  | | 国立・公立・民間 | 床 | | . . ～　 . . | | 人 |
|  | | 国立・公立・民間 | 床 | | . . ～　 . . | | 人 |
| ※１ 契約期間は和暦で記入してくだい  ※２　病院清掃の実績は、年間契約されたものについて記入してください。  ※３ 実績は、令和２年４月1日から令和6年３月３１日までのもので、病床数の多いものから順に記入してください。  添付書類  １．(財)医療関連サービス振興会の交付する医療関連サービスマーク認定証の写し。  ２．契約の相手方が発行した病院清掃業務・院内洗濯業務履行確認書(様式３)又は契約書の写し  ３．誓約書(様式６)  ４．契約の相手方が発行した業務等履行証明書(様式７)又は建物の総床面積15,000㎡以上  　の記載がある契約書の写し  ５．建築物清掃業又は建築物環境衛生総合管理業の登録証明書の写し  ６．奈良県物品購入等の契約に係る競争入札参加資格登録を受けていることを証明する書類の写し。(※Q１「建物管理」「①床清掃」及びQ7「諸サービス」「⑪洗濯業務」)  ７．反社会的勢力排除に関する誓約書(様式８)及び役職員等名簿(様式９) | | | | | | | |
|

様 式 ３

Ｎｏ．

清掃業務

院内洗濯業務

病院　　　　　　　　　 履行確認書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　容 | |
| １．契約名称 |  | |
| ２．契約年月日 | 令和　年　　月　　日 | |
| ３．契約期間 | 令和　年　　月　　日  ～  令和　年　　月　　日 | |
| ４．契約病院名 | **病院名** |  |
| **病床数** | 床 |
| **住所** |  |
| **担当部署** |  |
| **電話番号** |  |
| ５．請負業者名 | **会社名** |  |
| **代表者名** |  |
| **住所** |  |
| 履　行　証　明 | | |
| 上記契約が誠実に履行されたことを認めます。  　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日  奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿  　　 　　 　住所・所在地  　 　法人等名  　 　 担当部署名 　　 　 印 | | |
|

注１)国、地方公共団体又は民間の１００床以上の病院との種類・規模をほぼ同じくする契約について、１契約ごとに記入してください。複数枚にわたる場合は番号を付してください。

注２)「履行証明」欄は、契約の相手方に証明してもらってください。

別　添

入札書記載例

|  |  |
| --- | --- |
| 金　○○○，○○○　円(税抜)  ただし、  入札物件名　　奈良県総合リハビリテーションセンター  清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式    履行場所 奈良県磯城郡田原本町大字多７２２番地  　　　　　 奈良県総合リハビリテーションセンター  上記のとおり入札します。  令和６年12月12日  奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿  　　　　　　　 　入札者 住　所　 ○○○○  　 氏　名 　○○○○ 　　　　 印  　　　　 (代理人) 　　　 　 印 | 見積もった金額の110分の100に相当する金額(消費税抜き)を記入してください｡  登録印を押印してく  ださい｡  代理人で応札さる  場合は、委任状に押印した印を押印してください。 |

留意事項(入札書封筒)

入札書を入れる封筒の記載事項及び封印について

(１)封筒表面の記載事項(当該入札の特定のため)

①入札物件名　②入札日　③業者名(代理人名を記載すること。

(２)封筒の封印について

代表者の印又は委任を受けた者の印(どちらでも可)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 例 |  | |
| 入　札　書　在　中  奈良県総合リハビリテーションセンター　院長　川手健次殿  　入札物件名　奈良県総合リハビリテーションセンター  清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式    　　　入札日 　　　 令和６年12月12日  　　　業者名 　　　〇〇〇〇〇(株)  　　　　　　　　　　　代表者　　○○○○  　 　　　　　(代理人名　○○○○) |  |
| 表 |

　　　　　裏　 ㊞　　　　　　 ㊞　　　　　　　㊞

様 式 ４-１

|  |
| --- |
| 奈良県総合リハビリテーションセンター  清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式  　　入　　札　　書  金　　　　　　　　　　円    　　　　　　　　　　　※詳細は別紙見積書の通り  　ただし、  　　委 託 名　奈良県総合リハビリテーションセンター  　　　　　　　清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式  　　履行場所　奈良県磯城郡田原本町大字多７２２番地  　　　　　　　奈良県総合リハビリテーションセンター    　　月額税抜き金額を記入してください。  　　上記のとおり入札します。  　　令和６年12月12日  　　奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿    入札者　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名 　印  　 　 　　　　　(代理人)　 　　印 |

様 式 ４-２

入札金額　内 訳 明 細 書（月額）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | | 奈良県総合リハビリテーションセンター  清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式 | |
| 作　業　項　目 | | | 金額 |
| 【清掃業務費】 | | |  |
| ○奈良県総合リハビリテーションセンター  　本館棟、自立訓練センター棟、わかくさ愛育園棟、  多目的ホール、給食センター棟、屋外 | | | （月額） |
| 1 | 日常清掃業務 | |  |
| 2 | 定期清掃業（床洗浄ワックス塗布：年１回） | |  |
| 3 | 空調室内機フィルター清掃・吸排気口清掃業務（年２回） | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 小　計 | | |  |
| 〇福祉パーク・福祉住宅体験館 | | | （月額） |
| 1 | 日常清掃業務 | |  |
| 2 | 定期清掃業（床洗浄ワックス塗布・ガラス清掃：年１回） | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 小　計 | | |  |
| 【院内洗濯業務費】 | | | （月額） |
| １ | 院内洗濯業務 | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 小計 | | |  |
| 合計（税抜） | | |  |

（単位：円）

※定期清掃等の業務費は、１２ヶ月分に押し並べた額を記載するものとする。

　様 式 ５

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 奈良県総合リハビリテーションセンター  清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式  　　　　　　　委任状  　　私は、　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、下記入札に関する権限を委任します。  　　委 託 名　奈良県総合リハビリテーションセンター  　　　　　　　清掃業務委託 及び 院内等洗濯業務委託一式  　　履行場所　奈良県磯城郡田原本町大字多７２２番地  　　　　　　　奈良県総合リハビリテーションセンター | | | |
|  | 受任者  使用印 |  |  |
|  | |
| 令和６年 月 日  　　奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿  　　　　　　　 入札者　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　 氏　名 　　　　　 　　印 | | | |
|

様 式 ６

**誓　約　書**

　　奈良県総合リハビリテーションセンターの清掃業務の委託に際し、奈良県障害者計画に基づく障害者の就労支援の趣旨を十分に理解し、業務を履行すること。

　　私は、今回の入札に参加するに当たり第一交渉権者と決定した場合は、上記のことに誠実に取り組むこと及び仕様書の内容の実現を行うことを誓約します。

　　令和　　年　　月　　日

　　奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代　 表 　者　　　　　　　　　　　　印

※　あらかじめ必要部数をコピーしてお使い下さい。

　様 式 ７

業務等履行証明書

令和　　年　　月　　日　　 奈良県総合リハビリテーションセンター 院長　殿

　　　　　　　　 住　所

　　　 　法人名

代表者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 内　　　　容 | | |
| １．契約名称  (奈良県内での令和2年4月1日から令和6年3月31日までの間の12ヶ月以上の契約について記入) |  | | |
| ２．契約年月日 | 令和　　　　　　年　　月　　日 | | |
| ３．契約期間 | 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　～令和　　年　　月　　日 | | |
| ４．契約業務 |  | | |
| ５．履行期間 | 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　～令和　　年　　月　　日 | | |
| ６．契約相手方名、住所・所在地、  電話番号 |  | | |
| ７．建築物の名称及び住所・所在地 |  | | |
| ８．対象延べ床面積(㎡) | ㎡ | | |
| ９．履行証明  (建築物の所有者あるいは管理者に  　証明してもらってください。) | 上記契約の建築物について、上記契約が誠実に履行されたことを認めます。  令和　　年　　月　　日  住所 | | |
| 病院名 | 印 |  |
| 担当部署名 | | |

注)契約保証金の免除の規定に該当する者は令和２年4月1日から令和６年3月31日までの間の12ヶ月以上の種類及び規模をほぼ同じくする契約について、１契約ごとに記入してください。複数枚にわたる場合は番号を付してください。

別　添

業務等履行証明書記載例

様 式 ７［入札説明書 ５ 競争入札に参加する者に必要な資格(8)(9)で必要とする様式］

業務等履行証明書

令和６年○月○日

奈良県総合リハビリテーションセンター 院長　殿

住　所　奈良県○○市○○町７５７

法人名　　奈良△△株式会社

代表者 　奈　良　　□　□

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項　　　目 | 内　　　　容 |
| １．契約名称  (奈良県内での令和2年4月1日から令和6年3月31日までの間の12ヶ月以上の契約について記入) | 令和　5年度　○○病院　清掃等委託契約 |
| ２．契約年月日 | 令和　5年　４月　１日 |
| ３．契約期間 | 令和　5年　４月　１日  　　　　　　　　～令和　６年　３月３１日 |
| ４．契約業務 | ・清掃業務  ・建築物環境衛生管理技術者の選任  ・空気環境測定業務  ・ねずみ昆虫等防除業務  ・貯水槽清掃業務  ・水質検査業務 |
| ５．履行期間 | 令和　5  年　４月　１日  　　　　　　　　～令和　6年　３月３１日 |
| ６．契約相手方名、住所・所在地、  　　電話番号 | ○○病院○○部○○課  奈良県▲▲市▽▽町１１０番地  ０７４２－１２－３４５６(内線７８９０) |
| ７．建築物の名称及び住所・所在地 | ○○病院○○部○○課  　奈良県▲▲市▽▽町１１９番地 |
| ８．対象延べ床面積(㎡) | １７，７００ ㎡ ※院内洗濯業務のみの場合は未記入でも可。 |
| ９．履行証明  (建築物の所有者あるいは管理者  　に証明してもらってください。) | 上記契約の建築物について、上記契約が誠実に履行されたことを認めます。  令和　６年　　月　　日  住所　奈良県▲▲市▽▽町１１０番地  病院名　○○病院  担当部署名 ○○○○課長　　　●●●● 印(私印不可) |

注)契約保証金の免除の規定に該当する者は令和2年4月1日から令和6年3月31日までの間の12ヶ月以上の種類及び規模をほぼ同じくする契約について、１契約ごとに記入してください。複数枚にわたる場合は番号を付してください。

別　紙　①

|  |
| --- |
| 作業計画書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　奈良県総合リハビリテーションセンター院長　殿  住所・所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印  　奈良県総合リハビリテーションセンター清掃業務委託一式に関する作業計画について、下記のとおり提出します。  記  　１．基本方針  　　　 ※ 当該業務は患者及び来訪者の病院に対する満足度に直結するものであることから、　　　　業務の実施にあたり、患者及び来訪者に対する対処の仕方に関し、貴社の方針を記載 してください。  　２．作業計画  　　　・日常清掃  　　　・定期清掃    　３．業務実施体制  　　　・業務実施体制(指導監督体制)  　　　・自主検査体制及びチェック表  　　　・緊急時連絡体制  　　　・病院との連携体制(苦情処理対応を含む)  　４．使用する資材等の一覧表  　　　 ※ 当院において使用する資材等について、品名・メーカー名・型式・数量を記載した　　　　一覧表を添付してください。  　５．受託業務責任者(副責任者を含みます)について  　　 ※ 下記事項を記載した経歴書を添付してください。  　　　・氏名・年齢・性別・連絡先(住所・電話番号)  　　　・講習会等の受講歴  　　　・実務経験(病院等名・従事期間・担当業務)  　　　・顔写真  　６．従事者について  　 　 ※ 下記事項を記載した書類を添付してください。  　　　・従事者の名簿(氏名・年齢・性別・経験年数・障害の有無・障害者手帳の写し)  　　　・配置計画書  　７．業務を行うために必要な知識・技能の修得を目的とした研修について  　　　 ※ 下記事項を含む研修計画書を添付してください。  　　　・標準作業書の記載事項  　　　・患者の秘密の保持  　　　・受託責任者にあっては、医療法、医師法等医療関連法規及び労働関係法規 |
|

様 式 8

反社会的勢力排除に関する誓約書

令和　　年　 月　 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構

理事長 上田　裕一　殿

所在地

届出者 商号又は名称

代表者名

届出者は地方独立行政法人奈良県立病院機構反社会的勢力への対応に関する規程（「以

下「規程」という。）第2 条に規定する反社会的勢力に該当しないこと及び下記の事項に

ついて誓約します。

なお、下記の事項について確認するため、別紙役職員等名簿を提出し奈良県警察に照会

が行われることに承諾します。また、下記の事項に該当となった場合には、速やかに届け

出るとともに、契約解除、入札参加停止など、機構の行う一切の措置について、異議を申

し立てず、一切の損害賠償請求を行いません。

記

１．自己又は自己の法人その他の団体の役員等は、次のいずれにも該当する者ではありません。

ア　役員等（法人にあっては役員（非常勤の者を含む。）、支配人及び支店又は営業所（常

　時物品購入等契約に関する業務を行う事務所をいう。以下同じ。）の代表者を、個人にあ

ってはその者、支配人及び支店又は営業所の代表者をいう。以下同じ。）が暴力団員（暴

力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号。以下「法」と

いう。）第二条第六号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）である。

イ　暴力団（法第二条第二号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員が経営に

実質的に関与している。

ウ　役員等が、その属する法人、自己若しくは第三者の不正な利益を図る目的で、又は第三

者に損害を与える目的で、暴力団又は暴力団員を利用している。

エ　役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的

若しくは積極的に暴力団の維持及び運営に協力し、又は関与している。

オ　ウ及びエに掲げる場合のほか、役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべ

き関係を有している。

２．１アからオまでに掲げるものを下請契約等の相手方にしません。

３．下請契約等の相手方が反社会的勢力等であることを知ったときは、当該下請契約等を解除します。

以上

様 式 9

役職員等名簿(代表者についても記入してください。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | 生年月日 | 住所 | 性別 |
| 役職名・呼称 | 就任年月日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |
|  |  | 〒 - | 男・女 |
|  | 年　月　日 |