

【様式1】

年 月 日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部  
埼玉県済生会加須病院  
院長 板橋 道朗

入札参加資格確認申請書

1 契約番号 20250227-1

2 件 名 埼玉県済生会加須病院における「臨床用ポリグラフ RMC-5000一式」の調達  
この入札において不正又は不誠実な行為を行わないことを誓約し、関係書類を添えて参加資格確認申請書を提出します。なお、提出書類に要する一切の費用は弊社が負担します。

3 提出者

住 所

事業者名

代表者名

印

4 担当者

住 所

事業者名

担当者名

印

電話番号

FAX

E-mail

【様式2】

年 月 日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部  
埼玉県済生会加須病院  
院長 板橋 道朗

誓約書

私は、以下に掲げる者に該当しないことを誓約します。また、参加資格確認のため必要な官公庁への照会を行うことについて、承諾いたします。

- (1) 入札参加資格確認申請書の受付日から契約締結までの期間に、  
埼玉県及び加須市から指名停止の措置を受けていないこと。
- (2) 民事再生法の規定による再生手続開始の申し立てがなされている者でないこと。
- (3) 会社更生法の規定による更生手続開始の申し立てがなされている者でないこと。
- (4) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）  
第32条第1項各号に掲げる者でないこと。
- (5) 高度管理医療機器等販売業・貸与業許可を取得している者。
- (6) 埼玉県の医療機器販売に関する競争入札参加資格を有すること。
- (7) 過去3年以内に300床以上の病院で同等内容の導入実績を有していること。

住 所

事業者名

代表者名

【様式 3】

年 月 日

運営実績調書

1	納入先名称	
	納入先住所	
	病床数	
	納入日	
2	納入先名称	
	納入先住所	
	病床数	
	納入日	
3	納入先名称	
	納入先住所	
	病床数	
	納入日	

3 件を最大として記載してください。

【様式4】

年 月 日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部  
埼玉県済生会加須病院  
院長 板橋 道朗

質疑書

会 社 名  
担 当 部 署  
担 当 者 名  
T E L  
F A X  
E - mail

(全 枚のうち 枚)

No.	資料名称 項番	質問事項	質問内容

【留意事項】

- 1 質疑受付期間 2025年02月27日(木) ～ 2025年03月10日(月)  
※ 期限を過ぎたものは受け付けません。  
※ 質疑を送信した際は、入札説明書3(2)の担当部署に受信確認を行ってください。
- 2 この様式を添付ファイルとし、次のメールアドレスに送信してください。  
youdokanzaika@saikazo.org
- 3 メールの標題は下記のようにしてください。  
「臨床用ポリグラフ RMC-5000一式」の調達について(事業者名)
- 4 2025年03月11日(火)までに、上記の期間内に受け付けた質疑をまとめ、  
全質問者に電子メールにて回答します。
- 5 質問項目が多い場合は、当様式を適宜複写して利用ください。
- 6 留意事項は削除して提出してください。

【様式 5】

年 月 日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部  
埼玉県済生会加須病院  
院長 板橋 道朗

委任状

埼玉県済生会加須病院における「臨床用ポリグラフ RMC-5000一式」の調達  
の一般競争入札において、

④ を代理人と定め入札及び見積りに関する

一切の権限を委任いたします。

住所

事業者名

代表者名

印

【様式6】

年 月 日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部  
埼玉県済生会加須病院  
院長 板橋 道朗

入札書

下記の金額で請け負いたいのので、申し込みます。

- 1 契約番号 20250227-1
- 2 件 名 埼玉県済生会加須病院における「臨床用ポリグラフ RMC-5000一式」の調達  
一般競争入札
- 3 入札金額

百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

※ 消費税に係る課税事業者であるか否かを問わず、見積もった契約希望金額の  
110分の100に相当する金額を入札書に記載すること

- 4 提出者

住所

事業者名

代表者名

印

【様式 7】

年 月 日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部  
埼玉県済生会加須病院  
院長 板橋 道朗

## 入札辞退届

2025年02月27日付で公告のありました  
埼玉県済生会加須病院における「臨床用ポリグラフ RMC-5000一式」の調達について、  
一般競争入札の参加資格審査確認申請を行いました。入札を辞退します。

[辞退理由]

住所

事業者名

代表者名

印