

一般競争入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

社会医療法人 大阪国際メディカル&サイエンスセンター
大阪けいさつ病院
院 長 澤 芳樹 殿

申請者名
代表者氏名 印
所在地
電話番号

社会医療法人 大阪国際メディカル&サイエンスセンター 大阪けいさつ病院の下記物品の購入
入札に参加する資格について確認されたく申請します。尚、この申請書の全ての記載事項は事実と
相違ないことを誓約します。

記

品名 東レ・メディカル株式会社 製
多用途血液処理用装置 血液浄化装置 AcuFil Multi55X-III 1 式

担当者

部署名	
上記部署所在地	
役職名	
氏名(フリガナ)	
氏名	
電話番号	
FAX番号	

入 札 書

令和 年 月 日

大 阪 け い さ つ 病 院
澤 芳 樹 様

所 在 地

会 社 名

代表者名

(代理人)



一般競争入札説明書を承諾のうえ、入札します。

記

件名 東レ・メディカル(株) 製
多用途血液処理装置 血液浄化装置 AcuFil Multi55X-III 1 式の購入

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

(注)

- 1 入札書には、総額を記入の事。
- 2 入札書に記載された金額は、契約希望金額の 1 1 0 分の 1 0 0 に相当する金額である。
- 3 金額を訂正しないこと。
- 4 記載金額にはアラビア数字を使用すること。
- 5 金額の頭に¥記号をつけること。

委任状

令和 年 月 日

大阪 けいさつ 病院
澤 芳 樹 様

所在地

商号又は名称

代表者名

印

私儀 を代理人と定め下記委託に対する入札及び見積に関する
一切の権限を委任します。

記

件名 多用途血液処理用装置 血液浄化装置 AcuFil Multi55X-III

(東レ・メディカル(株) 製) 1式の購入

代理人使用印鑑



(注) 委任状の形式は自由ですので、この委任状でなくても結構です。

(入札書記載要領)

入札書の封筒は不要です

入 札 書

令和 年 月 日

大 阪 け い さ つ 病 院
澤 芳 樹 様

所 在 地 大阪市中央区大手前3丁目1-16

会 社 名 大阪情報処理株式会社

代理人で参加される方は代理人の氏名
(例では浪速一郎)を記載例のように
「(代理人)」の横に記入して下さい。

代表者名 代表取締役 大阪太郎
(代理人) 浪速一郎

印

一般競争入札説明書を承諾のうえ、入札します。

件名と下記の入札金額が同一のものである
かどうか確認して下さい。

記

代表者が参加される場合は代表者印
を押印して下さい。

代理人で参加される場合は、委任状
に押印した代理人使用印を押印して
下さい。その際、代表者印は必要あ
りません。

入札は予定価格に達しない場合、3回行います
ので、入札書は3枚準備して下さい。

件 名

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

(注)

- 1 入札書に記載された金額は、契約希望金額の 110分の100 に相当する金額である。
- 2 金額を訂正しないこと。
- 3 記載金額にはアラビア数字を使用すること。
- 4 金額の頭に¥記号をつけること。

金額を記入する際は、この4つの注
意事項に従って、記入して下さい。

(委任状記載要領)

委任状

令和 年 月 日

大 阪 け い さ つ 病 院
澤 芳 樹 様

所 在 地 大阪市中央区大手前3丁目1-16

商号又は名称 大阪情報処理株式会社

代 表 者 名 代表取締役 大阪太郎

代理人の氏名をこの空白に記入して下さい。

代表者印を押印して下さい。
代表者印がないと無効になります。

私儀 浪速 一郎 を代理人と定め下記委託に対する入札及び見積に関する一切の権限を委任します。

件名は誤字脱字等がないかよく確認して下さい。誤字脱字等、件名が間違っていると無効な入札となります。

記

件 名

代理人使用印鑑

代理人が入札書に使用する印鑑をこの枠内に押印して下さい。この枠内に押印した代理人使用印鑑以外の印鑑は入札書に使用しないで下さい。

(注) 委任状の形式は自由ですので、この委任状でなくても結構です。