様式１

**入札説明書等に関する質問書**

公立大学法人福井県立大学

財務管理課　　あて

E-mail:j-tshirasaki@fpu.ac.jp

FAX:0776-61-6011

質問日：平成　　年　　月　　日

会社名：

担当者名：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

E-mail：

＜質問内容＞

**質問受付期間：平成２９年３月８日（水）　１２時まで**

様式２

**入札参加資格確認申請書**

平成　　年　　月　　日

公立大学法人福井県立大学

理事長　　林　雅則 様

所在地

商号または名称

代表者氏名 　　　　　　 印

平成２９年２月２８日付けで入札公告のありました**「平成２９年度永平寺キャンパス学生定期健康診断および肝炎・４種抗体価検査業務委託」**に係る入札に参加する資格の確認を受けたいので、下記の書類を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第１６７条の４の規定に該当しない者であることおよび添付書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

記

 　　　添付書類　　　①福井県競争入札参加資格決定通知書の写し

②過去３年間における契約実績を確認できる契約書等の写し

様式３

**入　札　書**

平成２９年３月１４日

公立大学法人福井県立大学

理事長　　林　雅則　様

所在地

商号または名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

入札公告および入札説明書等に定められた事項を承諾の上、下記のとおり入札します。

記

入札に付する事項　　　**平成２９年度永平寺キャンパス学生定期健康および肝炎・４種抗体価**

**検査診断委託業務**

（下記明細のとおり）

（単位:円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 検査項目等 | 単価（税抜） | 予定者数（人） | 見込金額（税抜） |
| １ | 身体測定（身長、体重） |  | 1,500  |  |
| ２ | 視力検査 |  | 1,500  |  |
| ３ | 聴力検査 |  | 875 |  |
| ４ | 尿検査（一般検査） |  | 1,500  |  |
| ５ | 血圧測定 |  | 1,500  |  |
| ６ | 胸部Ｘ線検診 |  | 410  |  |
| ７ | 内科診察 |  | 一式 |  |
| ８ | 尿検査（再検査） |  | 160  |  |
| ９ | 血液検査（麻疹検査、風疹検査、流行性耳下腺炎検査、水痘・ヘルペス検査） |  | 80  |  |
| 10 | 血液検査（Ｂ型肝炎抗原・抗体検査） |  | 80  |  |
| 11 | 血液検査（Ｃ型肝炎ウイルス検査） |  | 50  |  |
| 12 | 受診票、健康調査票作成およびデータ管理 |  | 1,500  |  |
| 13 | データ入力処理 |  | １式 |  |
| 総額 |  |  |  |

様式４

**委　任　状**

平成２９年３月１４日

公立大学法人福井県立大学

理事長　　林　雅則　様

所　在　地

会　社　名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

弊社は、貴学の**平成２９年３月１４日**の一般競争入札に関して下記の者を代理人と定め、入札書提出の一切の権限を委任します。

記

入札に付する事項　　　**平成２９年度永平寺キャンパス学生定期健康および肝炎・４種抗体価**

**検査診断委託業務**

代理人住所

代理人職名

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印