

様式1

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30年3月9日付けで入札公告のありました「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
 - 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
- ※受診人数 1,500人程度

様式2

入 札 書

平成30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
代表者職氏名
代理人氏名

印
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 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

(単位:円)

番号	検査項目等	単価 (税抜)
1	身体測定 (身長、体重)	
2	視力検査	
3	聴力検査	
4	尿検査 (一般検査)	
5	尿検査 (2次検査)	
6	血圧測定	
7	胸部X線検診	
8	内科診察	
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、	
10	血液検査 (B型肝炎抗原・抗体検査)	
11	血液検査 (C型肝炎ウイルス検査)	
12	受診票、健康調査票作成およびデータ管理	
13	データ入力処理	

様式3

入札説明書等に関する質問書
(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)

公立大学法人福井県立大学
就職・生活支援課 へ
E-mail:j-takehara@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30年3月15日（木）15時まで

様式 4

委 任 状

平成 30 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
会 社 名
代 表 者 名

印

弊社は、貴学の平成 30 年 3 月 9 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 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