様式１

入札参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人 福井県立大学

　理事長職務代行者

　副理事長　進士　五十八　様

所　在　地

会　社　名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和３年８月２７日付けで入札公告のありましたクロロフィル蛍光測定装置の調達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、添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

提出書類

　　　ア　福井県競争入札参加資格決定通知書の写し

　　　イ　選定機器一覧表（メーカー名、型番、数量等を明記すること）

ウ　選定機器のカタログ、図面等

　　（仕様書に示す全ての要件を満たしていることが確認できるものであること）

エ　期限までに納入できることを証明する書類

（メーカー等が申請者宛に納入期限までに物品を納入できることを誓約した書類）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ

様式２

入　札　書

令和　　年　　月　　日

公立大学法人 福井県立大学

　理事長職務代行者

　副理事長　進士　五十八　様

所　在　地

会　社　名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

代理人名　　　　　　　　　　　　　　印

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

入札に付する事項　　クロロフィル蛍光測定装置の調達

金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　億 | 　千 | 　百 | 　十 | 　万 | 　千 | 　百 | 　十 | 　円 |

様式３

入札説明書等に関する質問書

調達する物品の名称：クロロフィル蛍光測定装置

公立大学法人福井県立大学

小浜キャンパス企画サービス室　あて

ＦＡＸ　０７７０－５２－６００３

質 問 日：令和　　　年　 月 　　日

会 社 名：

担当者名：

Ｔ Ｅ Ｌ：

Ｆ Ａ Ｘ：

Ｅ-mail ：

＜質問内容＞

質問受付期間：令和３年９月２日（木）１７時まで

様式４

委　任　状

令和　　年　　月　　日

公立大学法人 福井県立大学

　理事長職務代行者

　副理事長　進士　五十八　様

所　在　地

会　社　名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　 弊社は、貴学の令和３年９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　　　クロロフィル蛍光測定装置の調達

代理人住所

代理人職名

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印