

(様式第1)

令和 年 月 日

岩手県立宮古病院長 川村 英伸 様

所在地又は住所
氏名 (商号又は名称)
代表者氏名
電話番号
FAX 番号

印

入札参加資格確認申請書

令和5年 月 日付で公告のありました「宮古病院炉筒煙管ボイラ煙管交換」に係る一般競争入札に参加したく、確認をお願いします。

記

1 添付書類

(1) 誓約書

本手続きに係る担当者	
所 属	
担当者職氏名	
電話番号	
FAX番号	

誓 約 書

令和 年 月 日

岩手県立宮古病院長 様

住所又は主たる事務所の所在地
名称及び代表者の氏名、印

宮古病院炉筒煙管ボイラ煙管交換の入札に参加するに当たり、下記のとおり当社の状況を報告します。
なお、本書の記載内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

1 国又は他の地方公共団体における同種業務の履行状況等

- (1) 過去5年間における契約解除の有無 【 有り ・ 無し 】
〔有りの場合そのてん末及び本県においては誠実に業務を履行する旨の誓約〕
※注：有りの場合、契約解除通知を添付すること。
- (2) 過去5年間における指名停止処分の有無 【 有り ・ 無し 】
〔有りの場合そのてん末及び本県においては誠実に業務を履行する旨の誓約〕
※注：有りの場合、指名停止通知を添付すること。

2 従業員の労働福祉の状況等

- (1) 雇用時の最低賃金額（令和6年 月 日現在）
_____円 【 月額 ・ 日額 ・ 時間額 】
- (2) 過去5年間における賃金未払いの有無 【 有り ・ 無し 】
〔有りの場合そのてん末及び本県においては同様の事態を生じさせない旨の誓約〕
- (3) 社会保険制度への加入状況等
ア 加入状況 【 労働者災害補償保険 ・ 雇用保険 ・ 健康保険 ・ 厚生年金保険 】
イ 未納の有無 【 有り ・ 無し 】
- (4) 従事者の過去1年間の健康診断の実施の有無及び令和6年度実施の有無
過去1年間の健康診断実施 【 有り ・ 無し 】
令和6年度実施予定 【 有り ・ 無し 】

※注：【 】内は該当するものに「」印を付すこと。