

令和7年2月5日

入札案内書

該 当 業 者 御 中

医療法人玉昌会
キラメキテラスヘルスケアホスピタル
院 長 上 村 章
(公印省略)

この入札案内書は、本院が令和6年度 地域医療介護総合確保基金事業として整備する機器に関する入札であり、本件の入札に際し熟知し、かつ遵守しなければならない一般的事項を明らかにするものであります。

入札を希望される場合は、以下により参加方よろしくお願ひいたします。

尚、落札された場合には、契約・納入・検収・支払となりますが、これらについては、玉昌会の法人としての事業となる関係上、下記のとおりとなります。

また、入札を辞退される場合は、入札辞退届に記入され提出をお願いいたします。

記

契約：貴社(代理店を含む)とキラメキテラスヘルスケアホスピタルとの契約となります。

納入：納入場所はキラメキテラスヘルスケアホスピタル リハビリ室です。

検収：当院の担当者が行ないます。

請求：契約者であるキラメキテラスヘルスケアホスピタルへ請求となります。

1. 入札内容

- (1) 入札対象機器及び数量
心電図検査装置 1式
- (2) 入札機器の仕様
別紙「仕様書」のとおり
- (3) 機器納入場所
〒890-0051 鹿児島市高麗町 43 番 30 号
キラメキテラスヘルスケアホスピタル リハビリ室
- (4) 納入期限
令和 7 年 3 月 21 日

2. 入札の日時及び場所

- (1) 入札日時
令和 7 年 2 月 14 日（金曜日） 16 時
- (2) 入札場所
〒890-0051 鹿児島市高麗町 43 番 30 号
キラメキテラスヘルスケアホスピタル 7 階会議室

3. 入札参加資格

- (1) 地方自治体法施行令第 167 条の 4 の規定に該当しないこと。
- (2) 社会更生法(平成 14 年法律第 154 号)、民事再生法(平成 11 年法律第 225 号)等の規定に基づき、更生又は再生手続き等をしていないこと。
- (3) 入札参加申し込み時に、行政処分や銀行等の取引停止処分を受けていないこと。
- (4) 納税について未納がないこと。
- (5) 整備するにあたり、業務に必要な資格や許可証等を取得していること。

4. 入札方法等

- (1) 落札者の決定は、予定価格を設定した最低価格方式とする。1 回目の入札で落札業者が決定しない場合、2 回目の入札を行い、2 回目の入札でも決定しない場合は、最低価格提示業者順に交渉とする。
- (2) 入札者は、機器購入の本体価格のほか、輸送費、保険料、関税等の納入に要する一切の諸経費を含め、契約金額を見積るものとする。
- (3) 入札書は、様式 1 により作成し、様式 2 の封書に入れ、本人または様式 3 による委任状の交付を受けた代理人が持参するものとし、郵送または電送によるものは受付しない。
- (4) 入札額は、見積った契約金額の 110 分の 100 に相当する金額を、入札書に記載すること。(消費税抜きの金額)
- (5) 入札者は、その提出した入札書の差し替え、変更または取り消しをすることはできない。

5. 入札添付書類

(1) 入札に際しては、入札書と伴に以下の書類を提出すること。

- ① 入札機器の見積書（貴社の様式で可）
- ② 入札機器のカタログ
- ③ 入札機器を納入することができることを証する書類（代理店証明等）

6. 入札保証

免除する。

7. 入札の無効

(1) 次のいずれかに該当する場合の入札は無効とする。

- ① 入札について不正の行為があった場合。
- ② 入札書に記載した金額その他必要事項を確認しがたい場合、または、記名捺印が無い場合。
- ③ 指定の入札日時までに到達しない場合。
- ④ 入札書を2通以上提出した場合。
- ⑤ 他の入札者の代理を兼ね、又は、2人以上の代理をした場合。
- ⑥ 代理人が委任状を持参しない場合。

7. その他

その他疑義が生じた場合には、当院担当者と協議すること。

8. 本件に関する問い合わせ先

〒890-0051 鹿児島市高麗町 43 番 30 号 医療法人玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル 電 話：099-250-5600(代表) (対応日時:平日の 10:00～16:00) F A X：099-250-5151 担当者：事務次長 熊迫健綱
--

入 札 書
(第 回)

入 札 金 額 (税抜金額)	一金 円
-------------------	------

入札対象機器名 : 心電図検査装置 1式

病 院 名 : キラメキテラスヘルスケアホスピタル

上記の通り入札致します。

医療法人玉昌会

キラメキテラスヘルスケアホスピタル

院 長 上 村 章 殿

令和7年 月 日

住 所

名称等

氏 名

Ⓜ

入札者が代理人の場合 (代理人氏名

Ⓜ)

入札書
(第○回)

入札書の提出回数を記入

入札金額 (税抜金額)	一金	円
----------------	----	---

入札金額は税抜きで記入

入札対象機器名 : 心電図検査装置 1式

病 院 名 : キラメキテラスヘルスケアホスピタル

上記の通り入札致します。

医療法人玉昌会
キラメキテラスヘルスケアホスピタル
院 長 上 村 章 殿

令和7年 月 日

入札(開札)日を記入

住 所
名称等
氏 名

氏名は代表者名
印鑑は代表印

Ⓜ

代理人が入札をする場合、記名と押印を

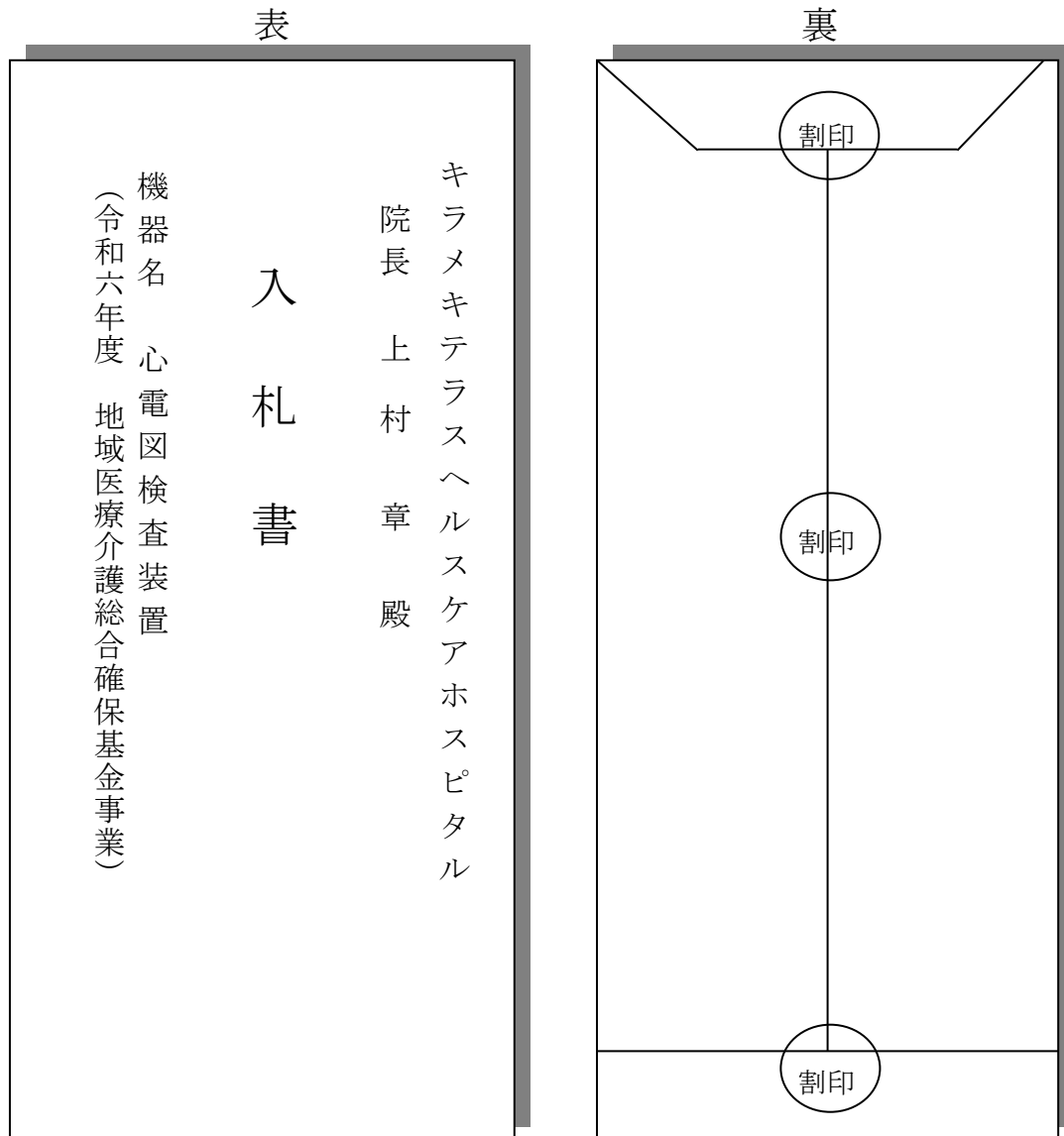
入札者が代理人の場合 (代理人氏名)

Ⓜ

入札書用封筒

入札書は以下の見本を参考にした封筒に入れ、必ず糊付け封印して提出すること。

(見本)



※社名等の印刷された長3号封筒を使用すること。

委任状

医療法人玉昌会

キラメキテラスヘルスケアホスピタル

院長 上村 章 殿

私は、を代理人と定め下記権限を委任
します。

受任者使用印鑑	
---------	--

記

1. キラメキテラスヘルスホスピタルの心電図検査装置一式の入札に関する
一切の件

以上

令和7年 月 日

住 所
名称等
氏 名

印

委任状

医療法人玉昌会

キラメキテラスヘルスケアホスピタル

院長 上村 章 殿

代理人名を記入

私は、
します。

を代理人と定め下記権限を委任

代理人の認印

受任者使用印鑑

記

1. キラメキテラスヘルスホスピタルの心電図検査装置一式の入札に関する
一切の件

入札(開札)日を記入

以上

令和7年 月 日

氏名は代表者名
印鑑は代表者印

住所
名称等
氏名

印

入札辞退届

医療法人玉昌会

キラメキテラスヘルスケアホスピタル

院長 上村 章 殿

住 所

名称等

氏 名

⑩

令和7年 月 日

当社は、下記の入札に参加することを辞退いたします。

辞退理由

[]

記

1. 入札対象機器名：心電図検査装置 一式

以上

入札辞退届

医療法人玉昌会

キラメキテラスヘルスケアホスピタル

院長 上村 章 殿

氏名は代表者名
印鑑は代表者印

住 所
名称等
氏 名

提出日を記入

令和7年 月 日

印

当社は、下記の入札に参加することを辞退いたします。

辞退理由

[]

記

1. 入札対象機器名：心電図検査装置 一式

以上