（様式第１）

令和　　年　　月　　日

岩手県立中央病院長　臼田　昌広　　様

所在地又は住所
氏名（商号又は名称）
代表者氏名　　印
電話番号
FAX 番号

入 札 参 加 資 格 確 認 申 請 書

令和８年３月 13 日付けで公告のありました「令和８年度医療器械（超音波画像診断装置 KOELIS トリニティ）の賃貸借契約」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

⑴　誓約書

⑵　業務履行等調書

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	

（様式第２）

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

岩手県立中央病院長　　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

令和８年度医療器械（超音波画像診断装置 KOELIS トリニティ）の賃貸借契約に関する業務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８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８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８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。

（様式第３）

令和　　年　　月　　日

岩手県立中央病院長　臼田　昌広　様

所在地又は住所
氏名（商号又は名称）
代表者氏名　　印
電話番号
FAX 番号

業　務　履　行　等　調　書

次のとおり施行実績等を有することから、令和８年度医療器械（超音波画像診断装置 KOELIS トリニティ）の賃貸借契約に係る契約の履行が確実に実施可能であることを誓約するため、下記のとおり業務実績等を報告します。

記

１　業務実績（過去２年間）

発　注　者	業　　務　　名	契約期間	備　考
記載例）○○病院長	○○病院○○業務	R6.4.1～R7.3.31	

注１：業務名は、契約書記載の件名（委託業務名）を記載すること。
　　実績証明書又は契約書等の写しを添付すること。

２　業務に従事する資格者等

氏　　名	資　格　名	免状番号	備　　考
記載例）岩手　太郎	○○士○類、 ○○設備士○類	岩　　号・　　号	

３　本社・営業所の状況

本業務を担当する、営業所の所在地・専門技術者人数

所　在　地	有資格者（○○関連）
	人