

# 入札参加資格確認等説明資料

令和5年 月 日

神奈川県立こども医療センター総長 殿

住 所  
商 号  
代表者名 印

次の入札に係る落札候補者として連絡を受けましたが、入札説明書2に記載されている入札参加資格については、次のとおり満たしていることを回答します。

1 業務名 クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務

2 入札説明書2の(4)に定める入札参加資格

(1) 医療関連サービスマークの取得の有無 ( 有 ・ 無 )

※有の場合は、写しを添付すること。

(2) 過去3年間に、400床以上の病院での履行実績があること。

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
|     |     |      |      |     |
|     |     |      |      |     |
|     |     |      |      |     |

※当該契約の契約書の写しを添付すること。

3 入札説明書2の(5)に定める入札参加資格

本契約を担当する営業拠点（入札参加資格者名簿に登載された本店又は支店、営業所に限る。）を記載してください。

|              |     |  |
|--------------|-----|--|
| 本契約を担当する営業拠点 | 名称  |  |
|              | 所在地 |  |

(1) アに該当する場合

|             |                      |                     |
|-------------|----------------------|---------------------|
| 登録区分        | (都道府県知事もしくは市区町村長) 登録 |                     |
| 登録番号        |                      |                     |
| 登録営業所       |                      |                     |
| 登録営業所所在地    |                      |                     |
| 清掃作業<br>監督者 | 氏名                   |                     |
|             | 資格                   | 清掃作業監督者(再)講習会修了 第 号 |
|             | 資格取得年月日              |                     |

|   |      |                                     |       |
|---|------|-------------------------------------|-------|
| 令和4年度<br>清掃業務従事<br>者研修計画<br><br>*登録研修、<br>社内研修のう<br>ち、実施した<br>ものについて<br>記載してくだ<br>さい。 | 登録研修 | 登録研修機関((社)神奈川県ビルメンテナンス協会)が開催する研修を受講 |       |
|   |      | 対象従事者数                              | 人     |
|   |      | 参加従事者数                              | 人     |
|   | 社内研修 | 研修項目<br>(研修時間数)                     | ( 時間) |
|   |      |                                     | ( 時間) |
|   |      |                                     | ( 時間) |
|   |      | 研修講師氏名                              |       |
|   |      | 研修講師資格                              |       |
|   |      | 研修時期                                |       |
|   |      | 対象従事者数                              | 人     |
| 参加従事者数  | 人    |                                     |       |

|                          |      |                   |       |
|--------------------------|------|-------------------|-------|
| 令和5年度<br>清掃業務従事<br>者研修計画 | 研修内容 | 登録研修を受講 ・ 社内研修を実施 |       |
|                          | 社内研修 | 研修項目<br>(研修時間数)   | ( 時間) |
|                          |      |                   | ( 時間) |
|                          |      |                   | ( 時間) |
|                          |      | 研修講師氏名            |       |
| 研修講師資格                   |      |                   |       |
| 研修時期                     |      |                   |       |

(2) イに該当する場合

(ア) 監督者

|   |   |  |                     |
|---|---|--|---------------------|
| 監督者氏名                                     |   |  |                     |
| 資格<br>*該当の資格<br>に○をし、必<br>要項目を記入<br>してくださ | a | 資格                                       | 清掃作業監督者(再)講習会修了 第 号 |
|   |   | 資格取得年月日                                  |                     |
|   | b | 職業能力開発促進法に基づく技能検定試験「ビルクリーニング技能士試験」合格者 ※1 |                     |

|    |                      |                                |                     |  |
|----|----------------------|--------------------------------|---------------------|--|
| い。 |                      | 厚生労働大臣から建築物環境衛生管理技術者免状の交付を受けた者 |                     |  |
|    |                      | 資格                             | 建築物環境衛生管理技術者 第 号    |  |
|    |                      | 資格取得年月日                        |                     |  |
|    |                      | その他                            |                     |  |
|    |                      | 資格<br>または<br>講習の<br>内容<br>※2   | 名称                  |  |
|    |                      |                                | 資格認定者<br>または<br>主催者 |  |
|    | 資格取得<br>または<br>修了年月日 |                                |                     |  |
| c  | 経験年数                 | 年                              |                     |  |

※1 ビルクリーニング技能士試験に合格したことを証明する書類の写しを添付してください。

※2 資格または講習の概要を示す書類を添付すること

(イ) 従事者研修

|   |      |                                     |       |       |
|---|------|-------------------------------------|-------|-------|
| 令和4年度<br>清掃業務従事者研修計画<br>*<br>登録研修、社内研修のうち、実施したものについて記載してください。 | 登録研修 | 登録研修機関((社)神奈川県ビルメンテナンス協会)が開催する研修を受講 |       |       |
|   |      | 対象従事者数                              | 人     |       |
|   |      | 参加従事者数                              | 人     |       |
|   | 社内研修 | 研修項目<br>(研修時間数)                     | ( 時間) | ( 時間) |
|   |      |                                     | ( 時間) | ( 時間) |
|   |      | 研修講師氏名                              |       |       |
|   |      | 研修講師資格                              |       |       |
|   |      | 研修時期                                |       |       |
|   |      | 対象従事者数                              | 人     |       |
| 参加従事者数  | 人    |                                     |       |       |
| 令和5年度<br>清掃業務従事者研修計画  | 研修内容 | 登録研修を受講 ・ 社内研修を実施                   |       |       |
|   | 社内研修 | 研修項目<br>(研修時間数)                     | ( 時間) | ( 時間) |
|   |      |                                     | ( 時間) | ( 時間) |
|   |      | 研修講師氏名                              |       |       |
|   |      | 研修講師資格                              |       |       |
|   |      | 研修時期                                |       |       |

4 入札説明書2の(6)及び(7)に関する提出書類

最近1年間の法人事業税、消費税及び地方消費税の納税証明書

※ いずれも書類提出日から起算して、前3ヶ月以内に発行されたもの。写し可。

5 入札説明書2の(8)に定める入札参加資格

|           |      |  |
|-----------|------|--|
| 労働保険番号    |      |  |
| 雇用保険事業所番号 |      |  |
| 保険関係成立年月日 | 労災保険 |  |
|           | 雇用保険 |  |

## 入札参加資格確認申請書

令和5年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

印

### 入札担当者情報

|          |  |
|----------|--|
| 部署名      |  |
| 氏名       |  |
| 電話番号     |  |
| FAX      |  |
| Eメールアドレス |  |

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。

申請にあたり、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に関する規程第2条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 入札案件名 | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
|-------|---------------------------------------|

## 入札書

令和5年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

企業名称

住所

電話番号

代表者職・氏名

㊞

### 入札担当者情報

|          |  |
|----------|--|
| 部署名      |  |
| 氏名       |  |
| 電話番号     |  |
| FAX      |  |
| Eメールアドレス |  |

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 入札案件名 | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 入札回数  | 回目                                    |

| 入札金額 | 区分  | 百 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|      | 税込み |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      | 税抜き |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

- ・入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

## 入札参加辞退届

令和5年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

印

### 入札担当者情報

|          |  |
|----------|--|
| 部署名      |  |
| 氏名       |  |
| 電話番号     |  |
| FAX      |  |
| Eメールアドレス |  |

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 入札案件名 | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 辞退理由  |                                       |

## 入札参加資格喪失届

令和5年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

企業名称

住所

電話番号

代表者職・氏名

㊟

### 入札担当者情報

|          |  |
|----------|--|
| 部署名      |  |
| 氏名       |  |
| 電話番号     |  |
| FAX      |  |
| Eメールアドレス |  |

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

### 記

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 入札案件名   | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 資格喪失の理由 |                                       |



## 入札参加資格確認通知書

こども第 号  
令和5年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長

先に申請のあった下記の入札案件に係わる参加資格について、次の通り確認しましたので、通知致します。

### 記

|           |                                       |                                     |
|-----------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 入札案件名     | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |                                     |
| 公告日       | 令和5年3月6日（月）                           |                                     |
| 競争参加資格の有無 | 有                                     |                                     |
|           | 理由または条件                               | 開札後、改めて資格を確認し、資格を確認できなかった場合は無効とします。 |
| 入札開始日時    | 令和5年3月13日（月）午後1時                      |                                     |
| 入札書提出締切日時 | 令和5年3月17日（金）正午                        |                                     |
| 開札予定日時    | 令和5年3月17日（金）午後1時                      |                                     |

### 入札事務担当者情報

|          |                              |
|----------|------------------------------|
| 部署名      | 経営企画課                        |
| 氏名       | 金田                           |
| 電話番号     | (045) 711-2351               |
| FAX      | (045) 721-3324               |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusat@kanagawa-pho.jp |

## 質問回答書

こども第 号  
令和5年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件に係る質問について、次のとおり回答します。

### 記

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 入札案件名 | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 質問内容  |                                       |
| 回答    |                                       |

### 入札事務担当者情報

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 部署名      | 経営企画課                         |
| 氏名       | 金田                            |
| 電話番号     | (045) 711-2351                |
| FAX      | (045) 721-3324                |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |

## 再度入札通知書

こども第 号  
令和5年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、再度入札を実施しますので通知します。

### 記

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 入札案件名         | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 入札回数          | 2回目                                   |
| 入札理由          |                                       |
| 入札開始日時        | 令和5年3月20日（月）午後1時                      |
| 入札書提出<br>締切日時 | 令和5年3月24日（金）正午                        |
| 開札予定日時        | 令和5年3月24日（金）午後1時                      |
| 1回目入札最低金額     | 円（税抜き）                                |

### 入札事務担当者情報

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 部署名      | 経営企画課                         |
| 氏名       | 金田                            |
| 電話番号     | (045) 711-2351                |
| FAX      | (045) 721-3324                |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |

## 落札者決定通知書

こども第 号  
令和5年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、次の者が落札したことを通知します。

### 記

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 入札案件名 | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 開札日時  | 令和5年 月 日（ ） 時 分                       |
| 落札者名  |                                       |
| 落札金額  | 円（税抜き）<br>円（税込み）                      |

### 入札事務担当者情報

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 部署名      | 経営企画課                         |
| 氏名       | 金田                            |
| 電話番号     | (045) 711-2351                |
| FAX      | (045) 721-3324                |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |

## 不調通知書

こども第 号  
令和5年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、執行が不調となりましたので通知します。

### 記

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 入札案件名 | クリーン病棟衛生管理業務、手術室清浄度管理業務及び薬剤科無菌製剤室消毒業務 |
| 入札回数  | 2回目                                   |
| 不調理由  |                                       |

### 入札事務担当者情報

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 部署名      | 経営企画課                         |
| 氏名       | 金田                            |
| 電話番号     | (045) 711-2351                |
| FAX      | (045) 721-3324                |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |