

競争入札参加資格審査申請書

長崎県立こども医療福祉センターが実施する臨床検査業務委託（単価契約）に係る競争入札に参加する資格について、次のとおり必要書類を添えて審査を申請します。

なお、この申請書及び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。

令和 年 月 日

長崎県立こども医療福祉センター 所長 小柳 憲司 様

登録番号					
------	--	--	--	--	--

本社	郵便番号								
	所在地								
	フリガナ 商号又は名称								
	フリガナ 代表者職氏名	⑩							
	電話番号					Eメールアドレス			
	FAX番号								

支社	郵便番号								
	所在地								
	フリガナ 商号又は名称								
	フリガナ 代表者職氏名	⑩							
	電話番号					Eメールアドレス			
	FAX番号								

営業種目

営 業 種 目	営 業 比 率
	%
	%
	%

消費税及び地方消費税の該当する課税区分番号を記入してください	
1 課 税	2 非 課 税

目 次

- 1 誓 約 書
- 2 財 務 関 係 明 細 書
- 3 営 業 概 要 書
- 4 委 任 状

添 付 書 類

- 1 法人にあつては、登記簿謄本
- 2 個人にあつては、本籍地の市町村長が発行する身元（分）証明書及び住所地の市町村長が発行する住民票並びに法務局が発行する成年後見登記制度における登記事項証明書又は登記されていないことの証明書
- 3 県税に関し未納がないことを証する証明書
- 4 消費税及び地方消費税課税業者にあつては、消費税及び地方消費税の未納がないことを証する証明書
- 5 印 鑑 届（様式第2号）
- 6 口座振替申込書（様式第3号）
- 7 臨床検査業務契約実績調査表（様式第4号）
- 8 衛生検査所業務に関し、「医療関連サービスマーク」の認定を受けていることを証する証明書（写し）

1. 誓 約 書

臨床検査業務委託（単価契約）に係る競争入札参加資格を取得したうへは、入札の執行、契約の履行にあたっては関係諸規則を遵守し、決して不正の行為をなさないことを誓約いたします。

なお、万一違反不正の行為があった場合において資格取消しの処分を受けても異議はありません。

令和 年 月 日

長崎県立こども医療福祉センター 所長 小柳 憲司 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

⑨

2. 財務関係明細書

貸 借 対 照 表

年 月 日現在

単位：千円

資 産 の 部		負 債 及 び 資 本 の 部	
流 動 資 産		流 動 負 債	
現金及び預金		支払手形	
受取手形		買掛金	
売掛金		短期借入金	
有価証券		未払金	
商品・製品・仕掛品		未払費用	
原材料及び貯蔵品		賞与引当金	
前払金		その他流動負債	
短期貸付金			
未収金		固 定 負 債	
その他の流動資産		長期借入金	
貸倒引当金		退職給与引当金	
		その他固定負債	
固 定 資 産			
有 形 固 定 資 産		負 債 の 部 合 計	
土 地			
建物・構築物		資 本 の 部	
機械・運搬具		資 本 金	
工具・器具・備品			
その他有形固定資産		法 定 準 備 金	
		資本準備金	
無 形 固 定 資 産		利益準備金	
電話加入権			
その他無形固定資産		剰 余 金	
		任意積立金	
投 資 等		別途積立金	
		当期末処分利益	
		(当期利益)	
繰 延 資 産		そ の 他	
		資 本 の 部 合 計	
資 産 の 部 合 計		負 債 ・ 資 本 の 部 合 計	

損 益 計 算 書 (年 月 日から 年 月 日まで)

単位：千円

経常損益の部	
営業損益の部	
(ア) 売上高	
(イ) 売上原価	
(ウ) 売上総損益 [(ア) - (イ)]	
(エ) 販売費及び一般管理費	
(オ) 営業利益 [(ウ) - (エ)]	
営業外損益の部	
(カ) 営業外損益	
(キ) 営業外費用	
(ク) 経常利益 [(オ) + ((カ) - (キ))]	
特別損益の部	
(ケ) 特別利益	
(コ) 特別損失	
(サ) 税引前当期利益 [(ク) + ((ケ) - (コ))]	
(シ) 法人税・住民税等	
(ス) 当期利益 [(サ) - (シ)]	
(セ) 前期繰越利益等	
(ソ) 当期末処分利益 [(ス) + (セ)]	

3. 営業概要書

(1) 前2カ年の損益状況

	売上高 (A)	売上総損益 (売上高－売上原価)	当期利益 (税引後)	(A)のうち長崎 県庁への売上高
直前 事業年度	千円	千円	千円	千円
基準年度	千円	千円	千円	千円

(注) 1 直前事業年度欄は、基準年度の直前1年間の事業年度の実績を記入すること。

2 基準年度欄は、基準年度（財務関係明細書作成年度）の実績を記入すること。

(2) 従業員数（常勤の役員を含む。代表は除く。）

従業員 数		臨床検査業務 に係る職員	その他職員	合 計
	総従業員数	人	人	人
	支社等の従業員数	()	()	()

(注) 支社等の従業員数は、支社等に入札の権限を委任する場合に、総従業員数の内数として記入する。

(3) 前2カ年の自己資本金の状況

(単位：千円)

自己 資本 額		資本金	資 本 金 準 備 金	利 益 準 備 金	任意・別途 積立金	当 期 未 処 分 利 益	計
	直前の事業年度						
	基準年度						

(4) 財務比率

売上高 当期利益率	当期利益	千円	$\times 100 =$	%
	売上高	千円		
固定長期 適合率	固定資産計	千円	$\times 100 =$	%
	固定負債＋自己資本計	千円		
流動比率	流動資産計	千円	$\times 100 =$	%
	流動負債計	千円		

(注) 小数点以下2位まで計算して2位を四捨五入すること。

(5) 営業経歴

創業年 M T S H R 年	年営業年数 年 月	現組織への変更 年 月	現組織へ変更後の年数 年 月
--------------------	--------------	----------------	-------------------

(6) 営業実績

損益計算書と同期間

取 扱 品 目	金 額	営 業 比 率	長崎県庁売上高欄
	千円	%	千円
合 計			

(注) 合計欄の額は、損益計算書の売上高と一致すること。

4. 委 任 状

商号又は名称

私は、役 職 名

を

氏 名

代理人と定め、下記権限を委任します。

1. 見積・入札・契約締結の件

2. 代金請求・領収の件

委 任 期 間

自 令和 年 月 日

至 令和 8 年 4 月 3 0 日

令和 年 月 日

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(注) 委任状は、権限を支社（店）長等に委任する場合のみ記入すること。

(様式第 2 号)

登録番号					
------	--	--	--	--	--

印 鑑 届

弊社（店）が貴所との取引上使用する書類には、すべて上記の印鑑を使用いたしますので届け出ます。

令和 年 月 日

長崎県立こども医療福祉センター 所長 小柳 憲司 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(様式第 3 号)

登録番号					
------	--	--	--	--	--

口座振替申込書

長崎県立こども医療福祉センター 所長 小柳 憲司 様

令和 年 月 日

長崎県立こども医療福祉センターとの契約の履行に伴い支払われる代金は、すべて次の口座へ振込により受領したいので申し込みます。

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

[預金口座] 郵便局以外の金融機関を記入して下さい。

銀行 ()		支店 出張所	預金 種別	預金種別 1：普通 2：当座 3：別段
口座番号(右詰で記入)		口座名義人 (漢字)		

[付記] 該当口座がある金融機関が記入する欄

金融機関コード	口座名義人 (カタカナ)																		

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

所 在 地

金融機関名

印

(様式第4号)

臨床検査業務契約実績調査表

[illegible]

上記については、事実と相違ないことを誓約します。

令和 年 月 日

長崎県立こども医療福祉センター 所長 小柳 憲司 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印