一般競争入札参加登録申請書

1. 沖縄県病院事業局A重油供給業務に係る一般競争入札参加登録申請書（第1号様式）

※入札に参加を希望する者は、第1号様式のほかに以下の書類が必要となります。

⑴　誓約書（第２号様式）
⑵　法人にあっては、登記簿謄本（登記事項証明書）
⑶　個人にあっては、本籍地の市町村長の発行する身元(分)証明書
⑷　直近の決算報告書（貸借対照表、損益計算書、株式資本等変動計算書）
⑸　都道府県民税及び事業税に関し滞納がないことの証明書（直近２年）

⑹　石油販売業届出の証明書

⑺　同種・同規模契約の履行実績（第３号様式）

⑻　所在地見取り図（第４号様式）

⑼ 労働保険に加入していることが確認できる書類（加入義務がない場合を除く）申請日直近の労働

保険料の納入が済んだことがわかる書類の写し

⑽ 健康保険・厚生年金保険に加入していることが確認できる書類

　　 申請日直近の厚生年金・健康保険料の納入が済んだことがわかる書類の写し

※なお、物品の買入れ等の契約に係る競争入札の沖縄県参加資格者名簿に登載されている者は、

　⑵～⑹及び⑻を除く申請書類のみ提出すること。

　　　また、沖縄県病院事業局令和７年度Ａ重油供給業務に係る参加資格を得た者については、第６号又

は第７号様式のいずれかを提出すること。

1. 資格審査事項変更届(様式)

※ 資格を取得した日から令和７年６月25日（入札日）までの間に、以下の事項に変更があった場合に提出して下さい。

1. 商号又は名称
2. 住所又は所在地
3. 氏名（法人にあっては、代表者の氏名）
4. 使用印鑑
5. 法人にあっては、資本金
6. 電話番号

第1号様式

一般競争入札参加資格登録申請書

令和　　年　　月　　日

沖縄県病院事業管理者

　病院事業局長　本竹　秀光　殿

申請者　郵便番号

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　印

電話番号

沖縄県病院事業局が行う「沖縄県病院事業局令和７年度Ａ重油供給業務（単価契約）」について、一般競争入札に参加を希望しますので、下記のとおり関係書類を提出します。なお、当該入札に係る契約を締結する能力を有しない者及び破産者で無いこと、並びに申請書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

記

１　一般競争入札参加資格登録

申請書記載責任者：

電話番号　　　　：

FAX　　　　　　：

E-mail　　　 　 ：

２　資格確認項目

　　(1)石油販売業務届け出の写し

※提出された申請書に疑義があるとき、記載責任者へ電話等にて照会する場合がある。

第３号様式

同種・同規模契約の履行実績

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |

備考

１　契約金額は総額及びその他（単価、数量、契約月数等）を記すものとする。

２　国（独立行政法人、公社及び公団を含む。）又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契約を締結した実績を有し、これらのうち過去２箇年の間に履行期限が到来した二以上の契約を全て誠実に履行した実績について記するものとする。

３　契約書の写し（契約先、金額および内容がわかるものの抜粋で可）及び契約先からの検査合格通知等を添付すること。

|  |
| --- |
| **所　在　地　見　取　図** |
|  略 図 | （登録申請を行う事業所の敷地の見取図を記入して下さい。）  |
| 経 路 | （主な目標から上記事業所に至る経路を詳細に記入して下さい。） |
|

第４号様式

第５号様式

令和　　年　　月　　日

**社会保険に加入義務がないことについての申出書**

沖縄県病院事業管理者

　病院事業局長　本竹　秀光　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 住所又は所在地

　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　 印

社会保険に加入義務がない理由は、下記のとおりです。

記

**１ 労働保険に加入義務のない理由**

（該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください）

□ 従業員がいないため（個人事業主で、事業主しかいない場合、または法人で取締役のみの事業所で構成される場合、等）

□ 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため

□ その他（理由を枠内に記入してください）

※ 従業員を1 人以上使用しているすべての事業所に加入義務があります。

（詳細は、労災保険関係についてはお近くの労働基準監督署、雇用保険関係や被保険者となるかの

お問い合わせ等についてはお近くの公共職業安定所までご確認ください）

**２ 健康保険及び厚生年金保険に加入義務のない理由**

（該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください）

□ 常時使用する従業員が５人未満の個人の事業所のため

□ 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため

□ その他（理由を枠内に記入してください）

※ 法人の事業所の場合、または個人の事業所で常時５人以上の従業員を使用している場合は加入義務があります。（詳細はお近くの年金事務所までご確認ください）

＊上記理由を確認する書類の提出をお願いする場合があります。

第９号様式

入札参加資格審査申請変更届

令和　　年　　月　　　日

沖縄県病院事業管理者

病院事業局長　本竹　秀光　　殿

申請者　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称又は商号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名又は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ　　Ａ　　Ｘ

　下記のとおり変更しましたのでお届けします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当欄 |  　変更事項 |  添付書類 | 　 変更年月日 |
|  | 名称又は商号  | 登記簿謄本、使用印鑑届 |  |
|  | 住所又は所在地  | 登記簿謄本等 |  |
|  | 氏名（法人の場合、代表者職氏名） | 登記簿謄本、使用印鑑届身元証明書等 |  |
|  | 使用印鑑  | 使用印鑑届 |  |
|  | 資本の金額又は出資金額  | 登記簿抄本 |  |
|  | 従業員数 | 従業員名簿 |  |
|  | その他  |  |  |
|  （注）変更事項の該当欄に○印を付すこと。 |
|  変 更 事 項 |  　　 備　　　考 |
|  変更前 |  　　　変更後 |
|  |  |  |
|