

○宛 先: 国土交通省関東運輸局総務部会計課
○宛先E-mail: ktt-choudo@gxb.mlit.go.jp

確 認 書

件名: 関東運輸局職員健康管理業務

本案件については、「電子入札方式」により参加します。

令和 年 月 日

会社名 等

部署名

確認者

電子入札方式により参加する方は、本入札に使用するICカード券面の番号を記入してください。
【ICカード券面の番号】「シリアルナンバー(SN)」、「ID」などの項目に続く
10桁の数字・英字(例: 14桁、16桁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【取得者名】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(左つめで記入。「スペース」分も左詰めです。枠不足の際は、追加してください。)

***今回限定した上記のICカード以外を以後において使用した場合、「無効」の入札となる場合があります。**

***上に記入する「数字・英字」等は、誤記のないように十分留意してください。**

紙入札方式での参加を希望する方は、速やかに「紙入札方式参加願」を提出してください。

委任状

私は、
を代理人に定め、
下記の入札に関する権限を委任します。

記

1. 件名 関東運輸局職員健康管理業務

令和 年 月 日

住 所

商号又は
名 称

代 表 者
氏 名

※以下は、押印を省略する場合のみ記載すること。
(連絡先は2以上記載すること)

本件責任者(会社名・部署名・氏名):

担当者(会社名・部署名・氏名):

連絡先1:

連絡先2:

支出負担行為担当官
関東運輸局長

殿

入札書

一金 円也

但し 関東運輸局職員健康管理業務

関東運輸局競争契約入札者心得を承諾の上、入札します。

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

支出負担行為担当官

関東運輸局長

殿

※以下は、押印を省略する場合のみ記載すること。

(連絡先は2以上記載すること)

本件責任者(会社名・部署名・氏名):

担当者(会社名・部署名・氏名):

連絡先1:

連絡先2:

(注) 1 用紙の寸法は、日本産業規格A列4番とする。

2 金額は、「アラビア」数字で記入する。

紙入札方式参加願

件名 関東運輸局職員健康管理業務

上記の案件は、電子調達システムを利用しての参加ができないため紙入札方式での参加をいたします。

令和 年 月 日

資格審査登録番号
(業者コード)

企業名称

企業郵便番号

企業住所

代表者氏名

代表者役職

電子くじ番号

※電子くじ番号は000～999の数字とすること。

入札者

住所

企業名称

氏名

※以下は、押印を省略する場合のみ記載すること。

(連絡先は2以上記載すること)

本件責任者(会社名・部署名・氏名):

担当者(会社名・部署名・氏名):

連絡先1:

連絡先2:

支出負担行為担当官 関東運輸局長 殿

入札辞退届

件名 関東運輸局職員健康管理業務

上記について、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者氏名

(又は受任者氏名)

※以下は、押印を省略する場合のみ記載すること。

(連絡先は2以上記載すること)

本件責任者(会社名・部署名・氏名):

担当者(会社名・部署名・氏名):

連絡先1:

連絡先2:

支出負担行為担当官 関東運輸局長 殿