（様式１－１）

受審資格認定申請書

令和７年　　月　　日

福井県知事　杉本　達治　様

住所（所在地）

商号（名称）

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　令和７年２月７日付けで公告のありました福井県救急医療電話相談業務に係る企画提案に参加する資格の認定を受けたいので、下記の書類を添えて申請します。

　なお、福井県救急医療電話相談業務に係る企画提案の公告における「２　受審資格」を全て満たし、添付書類の内容が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　申請書類

　・　会社概要書（様式１－２）

　・　構成員調書（様式１－３）※共同事業体で参加する場合に限る。

　・　受審資格要件確認書（様式１－４）

　・　業務履行に関する確約書（様式１－５）

２　添付書類

　・　法人の概要資料（パンフレット等）

　・　納税証明書（すべての県税）※写しでも可

　・　納税証明書（消費税・地方消費税）※写しでも可

（様式１－２）

会　社　概　要　書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 内　　容 |
| 商号または名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高（直近３年度分） |  |
| 従業員数 |  |
| 事業概要 |  |

1. すべての項目を記入すること。
2. 各項目の枠取りについては、記載内容に応じて変更可能とするが、Ａ４版１枚に収めること。
3. 会社案内のパンフレットがある場合、１部添付すること。

（様式１－３）

**※本様式は該当者のみ提出すること。**

福井県救急医療電話相談事業　構成員調書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 構成員 | 法人名 |  |
| 代表者 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 構成員 | 法人名 |  |
| 代表者 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話 |  |

（様式１－４）

令和７年　　月　　日

福井県救急医療電話相談業務　受審資格要件確認書

福井県知事　杉本　達治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　福井県救急医療電話相談業務委託の企画提案に参加するに当たり、資格要件については下記のとおりであることを確約します。

１　福井県財務規則（昭和39年福井県規則第11号）第１４６条の規定により、知事が競争入札参加資

格を有する者（競争入札参加資格の申請中の者を含む。）であること。

２　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第１６７条の４に規定する者でないこと。

３　受審資格認定の日において、現に県の指名停止措置を受けている者でないこと。

４　受審資格認定の日において、会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立

て、および民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立てがなされていない

者であること。

５　福井県のすべての県税ならびに消費税および地方消費税において未納がない者であること。ただし、本県内に事業所等を有しないとき、県税についてはこの限りでない。

６　次の⑴から⑸までのいずれにも該当しない者であること。

⑴　役員等（個人である場合にはその者を、法人である場合にはその役員またはその支店もしくは

　常時契約を締結する事務所を代表する者をいう。以下同じ。）が暴力団員（暴力団員による不当な

　行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以

　下同じ。）である者

⑵　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に規定する暴力団をい

う。以下同じ。）または暴力団員が経営に実質的に関与している者

⑶　役員等が自己、自社もしくは第三者の不正の利益を図る目的または第三者に損害を加える目的を

もって、暴力団または暴力団員の利用等をしている者

⑷　役員等が、暴力団もしくは暴力団員に対して資金等を供給し、または便宜を供与するなど直接的

もしくは積極的に暴力団の維持運営に協力し、または関与している者

⑸　役員等が暴力団または暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（様式１－５）

令和　　年　　月　　日

業務履行に関する確約書

福井県知事　杉本　達治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　福井県救急医療電話相談業務について、下記のとおり履行可能であることを確約します。

記

１　本業務委託を履行するために必要な資格、設備および許認可等について、業務履行前に準備可能であること。

２　業務仕様書に定められた事項と同等またはそれ以上の内容で業務を履行すること。

３　契約書に定められた事項および関係法令を遵守すること。

（様式２）

令和　　年　　月　　日

福井県救急医療電話相談業務に係る「受審資格認定申請」に関する質問書

商号または名称

代表者

電話番号

担当者名

|  |  |
| --- | --- |
| 番　号 | 質　問　事　項 |
|  |  |

※ 用紙が不足する場合は、複写して使用すること。

（様式３）

令和　　年　　月　　日

福井県救急医療電話相談業務に係る「企画提案（業務仕様書）」に関する質問書

商号または名称

代表者

電話番号

担当者名

|  |  |
| --- | --- |
| 番　号 | 質　問　事　項 |
|  |  |

※ 用紙が不足する場合は、複写して使用すること。