（様式１）

入　　札　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　印

　地方独立行政法人秋田県立療育機構

 理事長 坂本　仁　 様

　　下記のとおり入札します。

 　　 金　　　　　　　　　　　　　　円

（上記見積金額の内訳）

1. 病院賠償責任保険（医師特約・医療施設特約）金　　　　　　　　　　　　円
2. 児童福祉事業者賠償責任保険　　　　　 　金　　　　　　　　　　　　円
3. レジャーサービス施設費用保険　　　　　 金　　　　　　　　　　　　円
4. 施設所有管理者賠償責任保険 金　　　　　　　　　　　　円
5. サイバーリスク保険　　　　　　　　　　 金　　　　　　　　　　　　円

　　ただし、物件名 地方独立行政法人秋田県立療育機構に対する賠償責任保険

　　　　　　履行場所　秋田市南ケ丘一丁目１番２号

　　　　　　　　　　　　 　　　　　 秋田県立医療療育センター

（様式２）

委　　任　　状

　私は、　　　　　　　　　　　　　（使用印鑑　　　　　）を代理人と定め、貴法人

の発注する

地方独立行政法人秋田県立療育機構に対する賠償責任保険に関し、下記の権限を委任します。

記

１　入札を行い、並びに見積もりを行うこと。

　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　 　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　 　　　氏 　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

地方独立行政法人秋田県立療育機構

 理事長 坂本　仁 様

（様式３）

令和７年度　地方独立行政法人秋田県立療育機構に対する

賠償責任保険

質 問 書 兼 回 答 書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人秋田県立療育機構

理事長　　坂本　仁　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　〔連絡先・担当者〕

　　　　　　　　　　　　　部　署

　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-Mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質　問　内　容 | 回　　　答 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

（注）・本件の保険仲立人あてに電子メールにて提出してください。

　　　〔提出先〕共立インシュアランス・ブローカーズ株式会社

　　　　　　　　　 公務営業室　　市來　健

　　　　　 E-Mail 　takeshi.ichiki@kibj.co.jp

・提出された場合、確認メールを送信しますので、必ず御確認ください。

・回答を送付する際に、提出者の住所、氏名、連絡先等の情報は掲載しません。

（様式４）

 　 令和　　年　　月　　日

　　地方独立行政法人秋田県立療育機構

 理事長 坂本　仁　 様

 契約所者

 住所

 商号又は名称

 代表者名　　　　　　　　　　　　　印

辞退届

次の物件の納入に係る競争入札について関係書類を受けましたが、都合により参加を辞退します。

　１　物件名

 　　地方独立行政法人秋田県立療育機構に対する賠償責任保険

　２　履行場所

　　　秋田市南ケ丘一丁目１番２号

　　　秋田県立医療療育センター