（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）

財産保険（５年分）　金　　　　　　　　　　　　円

企業費用・利益総合保険（１年分）　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財産保険及び企業費用・利益総合保険

　　　　　　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財産保険及び企業費用・利益総合保険

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

財産保険及び企業費用・利益総合保険

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財産保険及び企業費用・利益総合保険

　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