様式１

入　札　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪市民病院機構

理事長　様

住　　所

商　　号

代 表 者　　㊞

大阪市立総合医療センター清涼飲料水自動販売機設置・運営事業者募集（その２）の入札において、次の金額で申し込みます。

金額			百万			千			円

□　入札金額は、年額・税込で記入してください。

□　入札金額は、当機構が設定する最低金額（予定価格）以上の金額を記入してください。

最低金額（予定価格）**金5,414,292円（年額・税込）**

□　金額の頭部（左欄）に「￥」又は「金」を記入してください。

□　印鑑は登録印（印鑑証明書と同一のもの）を押印してください。

様式２

誓　約　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長　様

住　　所
商　　号
代 表 者　　㊞

大阪市立総合医療センター清涼飲料水自動販売機設置・運営事業者募集（その２）の入札参加資格において、次の事項に相違ないことを誓約します。

１　「大阪市立総合医療センター清涼飲料水自動販売機設置・運営事業者募集要項（その２）」の「３　入札参加資格要件」に定める資格を有します。

２　機構ホームページ上で事業者名及び入札金額を掲載することに同意します。

様式３

営業実績報告書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪市民病院機構

理事長　様

住　　所

商　　号

代 表 者　　㊞

大阪市立総合医療センター清涼飲料水自動販売機設置・運営事業者募集（その２）の入札参加資格として、次のとおり報告します。

番号	施設名及び店舗名	設置台数	所　在　地	営業期間
記入例１	大阪メトロ○○駅	○台	大阪府○○市○○町×番×号	令和○年○月～令和○年○月
記入例２	○○病院	○台	大阪市○○区○○×丁目×番×号	令和○年○月～現在も営業中

※　令和８年９月１日現在、同一施設内で継続して３年以上、かつ、５台以上の自販機を自らが設置・運営していることとしているものを記入してください。（多数の場合は、３箇所まで記入してください。）

様式４

委　任　状

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長　様

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、次の権限を委任します。

案件名大阪市立総合医療センター清涼飲料水自動販売機設置・運営事業者募集（その２）の入札に付帯する一切の権限。

なお、代理人が使用する印章は次のとおりです。

代理人印

令和　　年　　月　　日

住　所　又　は
事 業 所 所 在 地
商 号 又 は 名 称
受任者氏名又は代表者氏名　　印