

## 介護用品総合評価入札参加資格申請書

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

会 社 名

代表者名

印

担 当 者

所 属

氏 名

T E L

F A X

介護用品選定について、次のとおり、関係書類を添付して申し込みます。

なお、選定については、貴方に一任し、その結果については、何らの異議及び疑義の申し立てをいたしません。

### 添付書類

- |                                      |        |
|--------------------------------------|--------|
| (1) 入札参加申請書                          | 〈様式 1〉 |
| (2) 会社概要                             | 〈様式 2〉 |
| (3) 連絡表                              | 〈様式 3〉 |
| (4) 業務実績表                            | 〈様式 4〉 |
| (5) 商業登記簿謄本 (複写可 1 通)                |        |
| (6) 委任状                              | 〈様式 5〉 |
| (6) 入札書                              | 〈様式 6〉 |
| (7) 企業活動評価表                          | 〈様式 7〉 |
| (8) 社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会事業及び利用者への貢献の提案 | 〈様式 8〉 |
| (9) 西成区北西部のまちづくり等への貢献の提案             | 〈様式 9〉 |

## 会 社 概 要

年 月 日現在

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| 名 称                 | (フリガナ)..... |
| 法人等の所在地             | 〒           |
| 設 立 年 月 日           |             |
| 従 業 員 数             |             |
| 資 本 金               |             |
| 主な業務内容              |             |
| 免 許・登 録<br>(ISO等)   |             |
| 社会貢献実績、<br>(C S R等) |             |

# 連 絡 表

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

商号又は名称

介護用品委託に係る総合評価入札に関する業務の連絡者を次のとおり届けます。

|                      |     |       |
|----------------------|-----|-------|
| 連 絡 者                | (1) |       |
|                      | (2) |       |
| 所 属                  |     |       |
| 所 在 地                |     |       |
| 電 話 番 号<br>F A X 番 号 |     | ..... |
| 審査結果<br>連絡先F A X     |     |       |

## 業 務 実 績 表

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

会 社 名

代表者名

印

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会の介護用品選定について、下記のとおり、業務実績を報告します。

記

| 契 約 名 称<br>業 務 概 要 | 契 約 期 間                          | 契 約 金 額<br>(本体価格) |
|--------------------|----------------------------------|-------------------|
|                    | 平成 年 月 日<br>から<br>平成 年 月 日<br>まで | 千円                |
|                    | 平成 年 月 日<br>から<br>平成 年 月 日<br>まで | 千円                |
|                    | 平成 年 月 日<br>から<br>平成 年 月 日<br>まで | 千円                |

(注) 実績は近年のものから、記入してください。

# 委 任 状

代理人氏名 \_\_\_\_\_

代理人使用印鑑



上記の者を代理人と定め、下記の総合評価入札に関する一切の権限を委任します。

記

件名 \_\_\_\_\_

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

## 入札書（単価契約用）

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

| 2016 年度介護用品総合評価入札 |                      |                           |       |                    |   |   |   |
|-------------------|----------------------|---------------------------|-------|--------------------|---|---|---|
| メーカー名             | 種類                   | 商品名                       | 規格    | 入札金額<br>(1 枚当りの単価) |   |   |   |
|                   |                      |                           |       | 千                  | 百 | 十 | 円 |
| ユニチャーム            | 紙オムツ<br>パンツタイプ       | ライフリーリハビリパンツGレギュラー        | M     |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | L     |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | L L   |                    |   |   |   |
|                   | 高吸収パ<br>ッド・尿<br>取パッド | ライフリー長時間安心さらさらパッド         | —     |                    |   |   |   |
|                   |                      | ライフリーさわやかパッド多い時           | —     |                    |   |   |   |
| 白十字               | 紙オムツ<br>パンツタイプ       | P UサルバDパンツ やわらかスリム        | M-L   |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | L-L L |                    |   |   |   |
| カミ商事              | 紙オムツ<br>パンツタイプ       | エルモアいちばんパンツライト            | S     |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | M L   |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | L L   |                    |   |   |   |
|                   | 紙オムツ<br>テープ止<br>めタイプ | エルモアいちばん軽快フィット伸縮<br>テープ止め | S     |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | M     |                    |   |   |   |
|                   |                      |                           | L     |                    |   |   |   |
|                   | 高吸収パ<br>ッド・尿<br>取パッド | エルモアいちばんワイドパッド<br>男女共用    | —     |                    |   |   |   |
|                   |                      | エルモア いちばんビッグパッド夜用         | —     |                    |   |   |   |
|                   |                      | エルモアいちばん尿取パッドスーパー<br>男女共用 | —     |                    |   |   |   |

〈入札担当者〉

住所：

氏名：

㊞

(注 1) 入札金額は、消費税抜きの金額を記載すること

(注 2) 商品について取引先のメーカーがない場合においても必ず記載してください。総額評価のため、空欄の場合は最も高い単価を評価する。

## 企業活動調査票

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 入札要綱に則り、業務委託に関する総合評価入札に応募されます事業者の方の「企業調査」として、以下の6点にわたりご回答をお願いしています。

### 1. 就職困難者雇用実績について

「就職困難者」（就職困難者に該当するのは、雇用保険における就職困難者に定義されている、身体障害者、知的障害者、精神障害者、保護観察中の者、社会的事情により就職が著しく阻害されている人たち等です。）

2016年10月1日～2019年9月30日までの実雇用者数                      人

|    |          |   |
|----|----------|---|
| 内訳 | 障害者      | 人 |
|    | 保護観察中のもの | 人 |
|    | 社会的事情    | 人 |

### 2. 「次世代育成支援対策推進法」に基づく一般事業主行動計画の策定状況について

「次世代育成支援対策推進法」における行動計画を策定した旨を厚生労働大臣（都道府県地方労働局）に届出していますか。

|                                      |                              |                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 常時雇用する労働者が10<br>0人以下の事業者（届出義務<br>なし） |                              | 常時雇用する労働者が10<br>1人以上の事業者（届出義務<br>あり） |                              |
| <input type="checkbox"/> 届出済         | <input type="checkbox"/> 未提出 | <input type="checkbox"/> 届出済         | <input type="checkbox"/> 未提出 |

※行動計画を届出済の事業者は一般事業主行動計画策定届の写しを添付してください。

3. 「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく障害者の雇用状況について

※毎年6月1日現在（直近）でご記入ください。

公共職業安定所に「障害者雇用状況報告書」を提出している事業者はその写しを添付してください。

(1) 常時雇用労働者数が45.5人以上の事業者にお聞きします。

障害者法定雇用率（2.2%）を達成していますか。

☐ 達成している。

☐ 達成していない。

(2) 常時雇用労働者数が45人以下の事業者にお聞きします。

障害者を雇用していますか。

☐ 雇用している。

☐ 雇用していない。

注意：ビル管理部門に関しては総括管理会社のみ

4. 大阪人材雇用開発センター（C-STEP）企業登録について

（該当項目の□にレ点をつけてください）

☐ 登録している

☐ 登録していない

5. 大阪企業人権協議会への加入について

（該当項目の□にレ点をつけてください）



☐ 加入している

☐ 加入していない

## 6. 企業での人権研修について

(該当項目の□にレ点をつけてください)

2018年4月1日以降に御社内で人権に関する研修が行われましたか

☐ 行った (内容 : )

☐ 行っていない

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会事業及び利用者への貢献の提案

(自由記入形式で提出ください。A 4 サイズ 2 枚までとさせていただきます。)

## 西成区北西部のまちづくり等への貢献の提案

(自由記入形式で提出ください。A 4 サイズ 2 枚までとさせていただきます。)