（様式１－１）

受審資格認定申請書

令和５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５年１１月２１日付けで公告のありました福井県ドクターヘリ運航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、福井県ドクターヘリ運航業務に係る企画提案の公告における２「企画提案書を提出できる者の要件」をすべて満たし、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、様式１－４－１）

　　・業務履行に関する確約書（様式１－５）

２　添付書類

　　・会社案内等のパンフレット

　　・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は、一部添付すること。

（様式１－３）

福井県ドクターヘリ運航業務受審資格要件確認申請書　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５年　　月　　日

福井県ドクターヘリ運航業務委託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

　福井県ドクターヘリ運航業務委託の企画提案に参加するにあたっての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　地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当しない者であること。

２　企画提案参加資格要件確認申請書の提出期限の日から開札の日までの間に、福井県知事が行う入札参加資格停止の期間中にない者であること。

３　過去３年間に、国土交通省運輸安全委員会が調査対象とする運航会社の運航する航空機における死亡事故を発生させていないこと。（別添資料「事故歴」のとおり）

４　本業務の受託に係る航空法（昭和２７年法律第２３１号）第１００条第１項の許可を有していること。（別添「許可書写し」のとおり）

５　航空運送事業の５年以上の実績を有すること。

　（別添資料「航空運送事業の実績」のとおり）

６　本業務の実施に必要な専任の人員および機体の確保ができる者で、本業務の実施に必要な有資格操縦士、有資格整備士および運航管理担当者と同数以上の有資格操縦士、有資格整備士および運航管理担当者を雇用していること。

７　本業務に使用する機体の故障その他の理由により運航に支障をきたすと認められる場合に、速やかに代替機体を配備するなどの適切な措置を講じて、運航を継続することが可能であること。

　（別添資料「ドクターヘリの保有機数」のとおり）

８　過去５年以内にドクターヘリ運航業務の契約の実績があること。

（別添資料「運航業務受託等の状況」のとおり）

別添資料　※本様式に準じ、適宜追加・修正すること。　　　　　　　　　　　　（様式１－４－１）

１　事故歴（過去３年間）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 令和２年度 | 令和３年度 | 令和４年度 |
| 事故発生件数 | 件 | 件 | 件 |
| 上記のうち第三者および搭乗者の死亡 | 件 | 件 | 件 |

※発生件数は、ドクターヘリ事業における事故を記載すること。

２　航空運送事業の実績（５年以上）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約先 | 事業開始年月 | 営業種目 | 運航圏域等 | 使用機種 | R5年度飛行回数等 |
|  |  |  |  |  |  |
| 【事業概要】 |

３　ドクターヘリ運航従事者の雇用状況（R5.11.1現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 人数 |
| 操縦士 | 人 |
| 整備士 | 人 |
| 運航管理担当者 | 人 |

４　ドクターヘリの保有機数（R5.11.1現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機種 | 製造者 | 機数 | 現在の用途 | 専用機・代替機としての運用の可否等 |
|  |  | 機 |  | （専用機として新規調達する場合は、その旨記載すること。） |
|  |  | 機 |  |  |

※医療資機材を搭載してドクターヘリとして使用できる機体の総数を記載すること。

※機種ごとに機数を記載すること。

５　ドクターヘリ運航業務受託等の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約先 | 運航開始年月日 | 運航圏域 | 機種 | 備考（事業内容等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※過去５年の、ドクターヘリ運航業務の契約の実績について記載すること。

※契約書の写しを添付すること。

（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

　福井県ドクターヘリ運航業務委託について、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、許認可等が、業務実施前に所管の監督官庁から取得可能であること。

２　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

福井県ドクターヘリ運航業務委託に係る

受審資格に関する質問書

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

福井県ドクターヘリ運航業務委託に係る

企画提案に関する質問書

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。

※回答は、受審資格要件確認申請書の提出があった者（共同事業体で参加する場合は代表法人のみ）に対し、質問書に記載された連絡先に電子メールで適宜通知する。