

記入例（工事以外）

このシートは提出不要

令和8年度

泉佐野市入札参加資格登録審査申請

共通入力フォーマット

＜R8 市内業者定期用＞

★以下の項目に入力することにより、様式1から様式6までの共通項目については反映されます。

共通項目以外の項目については、各シートから入力をお願いします。

※ は、エクセル式があるため直接入力できません。

※ は、ドロップダウンリストから該当するものを選択してください。

ここから入力してください

申請書提出日	令和 8 年 2 月 1 日
フリガナ	〇〇〇〇
申請者の 商号又は名称	〇〇〇〇株式会社
郵便番号	〒598-8550
所在地	泉佐野市市場東一丁目1-1
<代表者職氏名>	
フリガナ	ダイオウリマリヤ
役職名	代表取締役
フリガナ	△△△ △△
氏名	△△△ △△
電話	072-463-1212
FAX	072-458-1187
e-mail	keiken@city.izumisano.lg.jp
<緊急時の連絡先>	
氏名	☆☆☆ ☆☆
携帯番号	000-0000-0000
登録部門	希望順位 申請業種No. 申請業種名 申請区分 過去に登録の有無 前回受付No.
建設工事	
コンサル	No. 25 建築設計・監理 継続 有
物品供給等	① No. 22 看板・旗 新規 無
	② No. 3 事務機器・用品 継続 無
役務提供等	① No. 8 消防設備 継続 無
	② No. 7 空調設備 新規 無
	③ No. 12 その他（設備点検管理） 継続 無

＜事業所としての認定の有無＞

①えるぼし認定	無
②くるみん認定	無
③ユースフル認定	無
④ISO9000	無
⑤ISO14001	無
⑥エコアクション21	無

※申請業種を変更する場合は、「新規」を選択してください。

※「有」又は「無」を選択し、認定がある場合は認定書の写しを添付してください。

＜従業員状況＞

ア. 常勤従業員(代表役員含む)	10	人
イ. アのうち有資格技術者	3	人
ウ. アのうち泉佐野市在住者	3	人
エ. ウ÷ア×100	30	%

＜その他＞

電子契約の利用	希望する
当該申請事務連絡担当者氏名	□□□ □□
当該申請事務連絡担当者の電話	000-000-000
インボイス登録番号	T1234567890123

ピンク色のセルは、式が入っているため入力不要です。

ドロップダウンリストは、灰色のセルにカーソルを合わせると右下に▼が現れます。その▼をクリックすると、リストが表示されます。

前回の受付番号がわかる場合は、ここに記入ください。

後期高齢者医療被保険者証の写しの添付は不要です。

【市独自様式3】

年金事務所にて発行される被保険者縦覧照会回答票に含まれない常勤技術者の健康保険加入状況

計 枚のうち1枚目

令和 8 年 2月 1 日

泉佐野市長 様

所在地 泉佐野市市場東一丁目1-1
商号又は名称 ○○○○株式会社
代表者職氏名 代表取締役 △△△ △△ 実印

被保険者縦覧照会回答票に含まれない常勤技術者の健康保険加入状況については下記のとおりです。

※氏名を記入し、該当する箇所にチェック☑をしてください。

氏名	登録部門	含まれない理由
佐野 泉	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input checked="" type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者 <input type="checkbox"/> ビルクリーニング技能検定1級合格 <input checked="" type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者 <input type="checkbox"/> ビルクリーニング技能検定1級合格 <input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者 <input type="checkbox"/> ビルクリーニング技能検定1級合格 <input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者 <input type="checkbox"/> ビルクリーニング技能検定1級合格 <input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者 <input type="checkbox"/> ビルクリーニング技能検定1級合格 <input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	<input type="checkbox"/>