

様式1-1 (日本産業規格A4縦長型)

共同企業体により入札参加する場合は、
様式1-2を使用すること。

入札参加資格確認申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

入札参加資格
認定地 神奈川県 国 その他 ()
認定番号等
名称
所在地
電話番号
代表者職・氏名



入札担当者情報

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。
申請に当たり、必要とされた書類は速やかに提出します。
また、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に関する規程第2条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
|-------|------------------------------|

入札参加資格確認申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。

申請に当たり、必要とされた書類は速やかに提出します。

また、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に関する規程第2条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
|-------|------------------------------|

入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
 神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

入札参加資格
 認定地 神奈川県 国 その他 ()
 認定番号等
 名称
 所在地
 電話番号
 代表者職・氏名

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

(印)

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 入札回数 | (回目) |

1回目の入札の場合は「1回目」、再度入札の場合は「2回目」と記入。

| | 区分 | 百 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入札金額 | 税込み | | | | | | | | | | | |
| | 税抜き | | | | | | | | | | | |

- ・入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

㊞

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 入札回数 | 回目 |

| 入札金額 | 区分 | 百 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 税込み | | | | | | | | | | | |
| 税抜き | | | | | | | | | | | | |

- ・入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

入札参加辞退届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

名 称
所在地
電話番号
代表者職・氏名

①

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 辞退理由 | |

入札参加辞退届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

名 称
所 在 地
電話番号
代表者職・氏名

㊟

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 辞退理由 | |

入札参加資格喪失届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

名 称
所在地
電話番号
代表者職・氏名 (印)

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

| | |
|---------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 資格喪失の理由 | |

入札参加資格喪失届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

名 称
所在地
電話番号
代表者職・氏名

㊟

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

| | |
|---------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 資格喪失の理由 | |

入札参加資格確認申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

①

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。
代表構成員及び構成員それぞれ連盟で記入してください。

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

①

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。申請に当たり、必要とされた書類は速やかに提出します。また、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に関する規程第2条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

| | |
|-------|----------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新及び保守管理業務 |
|-------|----------------------------|

入札参加資格確認申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件参加について、入札参加資格確認を申請します。申請に当たり、必要とされた書類は速やかに提出します。また、地方独立行政法人神奈川県立病院機構反社会的勢力への対応に関する規程第2条に規定する反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

記

| | |
|-------|----------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新及び保守管理業務 |
|-------|----------------------------|

入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
 神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

(代表構成員) 入札参加資格
 認定地 神奈川県 国 その他 ()
 認定番号等
 名 称
 所在地
 電話番号
 代表者職・氏名



入札担当者情報

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。代表構成員及び構成員それぞれ連盟で記入してください。

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

(構成員) 入札参加資格
 認定地 神奈川県 国 その他 ()
 認定番号等
 名 称
 所在地
 電話番号
 代表者職・氏名



入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

1回目の入札の場合は「1回目」、再度入札の場合は「2回目」と記入。

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 入札回数 | 回目 |

| 入札金額 | 区分 | 百 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 税込み | | | | | | | | | | | |
| 税抜き | | | | | | | | | | | | |

- ・入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

⑩

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

⑩

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

| | |
|-------|------------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務 |
| 入札回数 | 回目 |

| 入札金額 | 区分 | 百 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | |
|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | 税込み | | | | | | | | | | | | |
| | 税抜き | | | | | | | | | | | | |

- ・入札書に記載する金額は、上段に消費税及び地方消費税相当額を含む税込みの契約希望金額、下段に税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

入札参加辞退届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。
代表構成員及び構成員それぞれ連盟で記入してください。

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

| | |
|-------|----------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新及び保守管理業務 |
| 辞退理由 | |

入札参加辞退届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

| | |
|-------|----------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新及び保守管理業務 |
| 辞退理由 | |

入札参加資格喪失届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

神奈川県入札参加資格者名簿等に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、氏名及び印。

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()
認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

本入札案件を担当される方の部署名、氏名、連絡先。
代表構成員及び構成員それぞれ連盟で記入してください。

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()
認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

| | |
|---------|----------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新及び保守管理業務 |
| 資格喪失の理由 | |

入札参加資格喪失届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 小林 桜児 宛

(代表構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

⑨

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

(構成員) 入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

名 称

所 在 地

電話番号

代表者職・氏名

⑨

入札担当者情報

| | |
|----------|--|
| 部署名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| Eメールアドレス | |

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

| | |
|---------|----------------------------|
| 入札案件名 | 医療情報システム・ネットワーク等更新及び保守管理業務 |
| 資格喪失の理由 | |

入札参加資格確認等説明資料

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

住 所

商 号

代表者名

㊞

次の入札に係る、入札説明書3の(3)及び(4)に記載されている入札参加資格について、次のとおり満たしていることを回答します。

1 入札案件 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務

2 入札説明書3の(3)に定める入札参加資格

証明書類として、アについては証明できる資料の写しを、イ及びウについては該当契約の契約書の写しを添付すること。

■ 医療情報システムの構築業務 ((3)のア)

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

■ 医療情報システムの保守管理業務 ((3)のイ)

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

■ 医療情報ネットワークの構築業務（(3)のウ）

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

入札参加資格確認等説明資料

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立精神医療センター 所長 小林 桜児 宛

(代表構成員)

住 所

商 号

代表者名

㊟

(構成員)

住 所

商 号

代表者名

㊟

次の入札に係る、入札説明書3の(3)及び(4)に記載されている入札参加資格について、次のとおり満たしていることを回答します。

- 1 入札案件 医療情報システム・ネットワーク等更新業務及び保守管理業務
- 2 入札説明書3の(3)に定める入札参加資格

証明書類として、アについては証明できる資料の写しを、イ及びウについては該当契約の契約書の写しを添付すること。

■ 医療情報システムの構築業務 ((3)のア)

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

■ 医療情報システムの保守管理業務（(3)のイ）

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

■ 医療情報ネットワークの構築業務（(3)のウ）

| 契約名 | 発注元 | 契約期間 | 業務概要 | 病床数 |
|-----|-----|------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

