

入札参加資格確認申請書

令和 8 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長 宛

神奈川県の入札参加資格の認定を受けている方は神奈川県を○で
囲み、神奈川県認定番号を記載してください。

入札参加資格

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

企業名称

住所

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のため、入札参加資格確認を申請します。
申請にあたり、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	臨床検査業務委託(検体検査)
-------	----------------

入札書

令和 8 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 宛

入札参加資格

神奈川県の入札参加資格の認定をうけている方は神奈川県を○で
囲み、神奈川県の認定番号を記載してください。

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

企業名称

住所

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	

入札案件名	臨床検査業務委託(検体検査)
入札回数	回目

※ 出検予定数量は見込みであり、発注を保証するものではありません。

別紙 No. 1~No. 695 小計(a)	
入札金額(税込) [(a) × 1.1]	

入札書別紙もあわせて提出すること。

入札参加辞退届

令和 8 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 宛

入札参加資格

神奈川県の入札参加資格の認定を受けている方は神奈川県を○で
囲み、神奈川県認定番号を記載してください。

認定地 神奈川県 国 その他 ()

認定番号等

企業名称

住所

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	臨床検査業務委託(検体検査)
辞退理由	

入札参加資格喪失届

令和 8 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 宛

神奈川県の入札参加資格の認定をうけている方は神奈川県を○で
囲み、神奈川県の実定番号を記載してください。

入札参加資格

実定地 神奈川県 国 その他 ()

実定番号等

企業名称

住所

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、下記のとおり入札参加の資格を喪失したので、届出ます。

記

入札案件名	臨床検査業務委託(検体検査)
資格喪失の理由	