様式１

入札参加資格確認申請書

令和８年８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うけている方は神奈川県を〇で囲み、神奈川県の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　　㊞

入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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	Ｘ線血管撮影診断装置保守点検業務委託

様式２

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所長　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〇で囲み、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　　㊞

入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

入札案件名	Ｘ線血管撮影診断装置保守点検業務委託
入札回数	回目

入札金額

（消費税及び地方消費税相当額を含む）

様式３

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所長　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〇で囲み、神奈川県の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　　㊞

入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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	Ｘ線血管撮影診断装置保守点検業務委託
辞退理由	

様式４

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所長　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〇で囲み、神奈川県の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　　㊞

入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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	Ｘ線血管撮影診断装置保守点検業務委託
資格喪失の理由	