様式１（日本産業規格Ａ４縦長型）

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
足柄上病院　病院長　宛

神奈川県の入札参加資格者名簿に登載されている場合は神奈川県、登載されていない場合は国又は地方公共団体の入札参加資格者名簿等の情報を記載。

上記の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　　㊞

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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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。
申請にあたり、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	**神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）**

（添付書類）
「石油の備蓄の確保等に関する法律」の規定に基づく石油販売業の届出書類の写し

様式２（日本産業規格Ａ４縦長型）

入札書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄

神奈川県の入札参加資格者名簿に登載されている場合は神奈川県、登載されていない場合は国又は地方公共団体の入札参加資格者名簿等の情報を記載。

上記の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　　㊞

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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

入札案件名	**神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）**
入札回数	回目

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

・**入札金額は１ﾘｯﾄﾙあたりの単価に予定数量を乗じて得た金額の合計額（概算総価）を記載すること。**

・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。

・免税事業者にあっては、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。

様式３（日本産業規格Ａ４縦長型）

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
足柄上病院　病院長　宛

上記の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　　㊞

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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
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	**神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）**
辞退理由	

様式４（日本産業規格Ａ４縦長型）

入札参加資格喪失届

年　月　日

上記の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。

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院　病院長　宛

名　　称
所 在 地
電話番号
代表者職・氏名　　㊞

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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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	**神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）**
資格喪失の理由	

様式１（日本産業規格Ａ４縦長型）

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
足柄上病院　病院長　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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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。
申請にあたり、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	神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）

（添付書類）
「石油の備蓄の確保等に関する法律」の規定に基づく石油販売業の届出書類の写し

様式２（日本産業規格Ａ４縦長型）

入札書

年　月　日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院　病院長　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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

入札案件名	神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）
入札回数	回目

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

・入札金額は１ﾘｯﾄﾙあたりの単価に予定数量を乗じて得た金額の合計額(概算総価)を記載すること。
・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。
・免税事業者にあっては、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。

様式３（日本産業規格Ａ４縦長型）

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
足柄上病院　病院長　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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
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	神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）
辞退理由	

様式４（日本産業規格Ａ４縦長型）

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
足柄上病院　病院長　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	
Ｆ　Ａ　Ｘ	
Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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	神奈川県立足柄上病院で使用する白灯油の購入（令和８年度第４四半期）
資格喪失の理由	