

入札参加資格確認申請書

令和2年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号
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、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	全ゲノムシーケンス解析 (ショートリード) 業務委託
-------	----------------------------

入札書

令和2年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

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メールアドレス	

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託
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。

・入札内訳書（様式2-2）を添付すること。

入札内訳書

入札案件名:全ゲノムシーケンス解析(ショートリード)業務委託

入札回数: 回目

(円)

	解析等委託項目名	予定数量	見積単価	計
1	全ゲノムシーケンス解析(ショートリード)	12		
2	標準データ解析(SNV/Indel,SV,CNV)	12		
3	解析報告書(PDF、CD-R等含む)	12		
4	データ納品料(USB3HDDに保存、提出のこと)	3		
5	解析残余検体の返送(8検体あたり1回)	2		
6	解析サービス			
6_1	解析結果報告会議の開催	12		
6_2	遺伝子解析の解析サポート	12		
7	6によりカスタマイズ解析に対応すること	12		
	合計(税抜き)			

※「予定数量」はあくまで参考としての見込みであり、解析回数を確約した数量ではありません。

※1~7項目のうち該当する項目が他項目に含まれる場合は0(ゼロ)円と記載してください。

※1~7項目以外の費用が掛かる場合は、空欄に積算に必要な事項を記載してください。

入札参加辞退届

令和2年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号
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	全ゲノムシーケンス解析 (ショートリード) 業務委託
辞退理由	

入札参加資格喪失届

令和2年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

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、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析 (ショートリード) 業務委託
資格喪失の理由	

入札参加資格確認通知書

こども第 号
令和2年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター 総長

先に申請のあった下記の入札案件に係わる参加資格について、次の通り確認しましたので、通知致します。

記

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託	
公告日	令和2年10月22日（木）	
競争参加資格の有無	理由または	
	条件	
入札開始日時	令和2年10月29日（木）午前8時30分から	
入札書提出締切日時	令和2年11月2日（月）正午	
開札予定日時	令和2年11月2日（月）午後1時	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	吉越
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusat@kanagawa-pho.jp

質問回答書

こども第 号
令和2年 月 日

入札関係業者 各位

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件に係る質問について、次のとおり回答します。

記

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託
質問内容	
回答	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	吉越
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

再度入札通知書

こども第 号
令和2年 月 日

入札関係業者 各位

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、再度入札を実施しますので通知します。

記

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託
入札回数	2回目
入札理由	
入札開始日時	令和2年11月6日（金）午前8時30分
入札書提出 締切日時	令和2年11月9日（月）正午
開札予定日時	令和2年11月9日（月）午後1時
1回目入札最低金額	円（税抜き）

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	吉越
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

落札者決定通知書

こども第 号
令和2年 月 日

入札関係業者 各位

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、次の者が落札したことを通知します。

記

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託
開札日時	令和2年 月 日（ ）
落札者名	
落札金額	円（税込み） 円（税抜き）

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	吉越
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusat@kanagawa-pho.jp

不調通知書

こども第 号
令和2年 月 日

入札関係業者 各位

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、執行が不調となりましたので通知します。

記

入札案件名	全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託
入札回数	2回目
不調理由	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	吉越
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

入札参加資格確認等説明資料

令和 年 月 日

神奈川県立こども医療センター総長殿

所在地
社名
代表者氏名

代表者印

次の入札に係る落札候補者として連絡をうけましたので、仕様書で定められた要件について、次のとおり回答します。

なお、発注者が本回答で確認できない場合は、発注者のヒアリングを受けません。

案件名 全ゲノムシーケンス解析（ショートリード）業務委託

1. 臨床検体を用いたヒトゲノムライブラリー作製が過去3年間のうち年間100件以上を有する等豊富な経験を有すること。
2. ヒトの疾患を対象とするゲノム解析で国立研究開発法人など公的機関からの受託実績を有し、解析結果の質問に対する対応・説明をすること。
3. 解析は、輸送時の供与物の品質劣化を抑えるため、日本国内で実施すること。（解析の施設名及び住所）
4. 解析データは日本国内のみで保持されること。（解析データ保管施設名、保管責任者及び住所）

※ 様式は任意様式。規程、パンフレット、リーフレットなどを添付し証明してもよい。

※ 重複する回答は〇〇と同じ、同上などの表現でもよい。