

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事長 吉川 伸治 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。

記

入札案件名	令和3年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか入札分)
-------	---------------------------------------

入札参加資格要件記入欄

病院納入実績※	
---------	--

※神奈川県立病院機構に納入実績がある場合は契約書の添付は必要ありません。

記入例

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事長 吉川 伸治 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

神奈川県入札参加資格者名簿に登録されている代表者の役職名、氏名及び印、又は同名簿に受任者登録をしてある場合には登録されている受任者の役職名、氏名及び印。

印

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	

競争入札参加資格確認通知書、入札結果、その他の連絡は、
こちらに記載いただいたEメールアドレスに送信されます。

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。

記

入札案件名	令和3年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか入札分)
-------	---------------------------------------

入札参加資格要件記入欄

病院納入実績※	他病院又は当機構に納入実績があれば「他病院名」又は「神奈川県立病院機構」と記載し、契約書の写しを添付してください。ただし、当機構に納入実績がある場合は契約書の添付は必要ありません。
---------	--

※神奈川県立病院機構に納入実績がある場合は契約書の添付は必要ありません。

様式 2 (日本工業規格 A 4 縦長型)

入札書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事長 吉川 伸治 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	令和 3 年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか入札分)
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してください。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載してください。
- ・金額の頭に¥記号をつけてください。
- ・リバースチャージに係る消費税等については、算入しない。

入札参加資格確認通知書

本部第 号
令和 2 年 月 日

株式会社〇〇〇〇〇〇御中
様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事長 吉川 伸治

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	令和 3 年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか入札分)	
公告日	令和 2 年 10 月 26 日	
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 11 月 2 日 (月) 13 時 00 分	
入札書提出 締切日時	令和 2 年 11 月 5 日 (木) 12 時 00 分	
開札予定日時	令和 2 年 11 月 5 日 (木) 13 時 00 分	

入札事務担当者情報

部署名	本部事務局財務部財務経理課
氏名	御菌生
電話番号	045-651-1231
FAX	045-651-1235
Eメールアドレス	misonou.19030@kanagawa-pho.jp