

入札参加資格説明資料

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
本部事務局長 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	

下記の受託実績を有します。

記

No.	事業名	発注者	受託期間	発注者の 運営病院数 (総病床数)	職員数	事務担当者所属 課・氏名・連絡 先電話番号
1			H●.●●~H●.●●	(床)	人	
2				(床)	人	
3				(床)	人	
4				(床)	人	
5				(床)	人	

No.	事業名	発注者	受託期間	発注者の 運営病院数 (総病床数)	職員数	事務担当者所属 課・氏名・連絡 先電話番号
6				(床)	人	
7				(床)	人	
8				(床)	人	
9				(床)	人	
10				(床)	人	

※ 過去5年以内の実績について記載してください。

※ 受託実績を確認するため、事務担当者所属課、担当者氏名及び連絡先電話番号を記載してください。