

競争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
神奈川県立がんセンター 総長 殿

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

商号又は名称

代表者氏名

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のため、競争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
関する規定第 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	電子複写機の複写サービス
-------	--------------

入札質問書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立がんセンター 総長 殿

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、以下のとおり質問します。

記

入札案件名	電子複写機の複写サービス
質問内容	

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
神奈川県立がんセンター 総長 殿

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

商号又は名称

代表者氏名

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	

入札案件名	電子複写機の複写サービス
入札回数	回目

入札金額	別紙内訳書のとおり
------	-----------

- ・記載する金額は、消費税及び地方消費税相当額を含まない金額であること。
- ・入札書及び内訳書を提出する際は入札書を表紙とし、内訳書を袋綴じした場合は綴じた部分に、ホチキス留めした場合は内訳書とのページ間に割印すること。

入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立がんセンター 総長 殿

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

商号又は名称

代表者氏名

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	電子複写機の複写サービス
辞退理由	

入札参加資格喪失届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立がんセンター 総長 殿

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

商号又は名称

代表者氏名

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、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	電子複写機の複写サービス
資格喪失の理由	