

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

⑩

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	診療材料調達及び管理業務委託
-------	----------------

様式 2 (日本産業規格 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	診療材料調達及び管理業務委託
入札回数	回目

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

- ・記載する金額は、消費税及び地方消費税相当額を除いた税抜きの契約希望金額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

(参考) 上記入札金額のうち「管理業務委託」にかかる金額

金額	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
	税抜き											

- ・金額の頭に¥記号をつけること。

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
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	

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	診療材料調達及び管理業務委託
辞退理由	

入札参加資格確認通知書

文書記号第 号
令和 年 月 日

株式会社〇〇〇〇〇御中
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	診療材料調達及び管理業務委託	
公告日	令和 年 月 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 年 月 日 () 時 分	
入札書提出締切日時	令和 年 月 日 () 時 分	
開札予定日時	令和 年 月 日 () 時 分	

入札事務担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

質問回答書

文書記号第 号
令和 年 月 日

入札関係業者様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事長 吉川 伸治

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	診療材料調達及び管理業務委託
質問内容	
回答	

入札事務担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

再度入札通知書

文書記号第 号
令和 年 月 日

株式会社〇〇〇〇〇御中
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

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	診療材料調達及び管理業務委託
入札回数	回目
入札理由	
入札開始日時	令和 年 月 日（ ） 時 分
入札書提出 締切日時	令和 年 月 日（ ） 時 分
開札予定日時	令和 年 月 日（ ） 時 分
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	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	