

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	財務会計システム構築及び保守業務委託
-------	--------------------

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	財務会計システム構築及び保守業務委託
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	財務会計システム構築及び保守業務委託
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	財務会計システム構築及び保守業務委託	
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	財務会計システム構築及び保守業務委託
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	財務会計システム構築及び保守業務委託
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	