

記入例

入札参加資格確認申請書

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録
されている認定番号

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、又は同名簿に代理人登録をし
てある場合には登録されている代理
人の役職名、氏名及び印。

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

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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。

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
関する規程第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 ○

(入札公告兼) 入札説明書に
記載の入札案件名。

様式2 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

入札書

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録
されている認定番号

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、又は同名簿に代理人登録をし
てある場合には登録されている代理
人の役職名、氏名及び印。

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)

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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	

(入札公告兼)入札説明書に
記載の入札案件名。

入札案件名
入札回数 回目

1回目の入札の場合は「1回
目」、再度入札の場合は「2
回目」と記入。

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

- ・入札書に記載する金額は、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。

記入例

入札参加辞退届

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録
されている認定番号

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、又は同名簿に代理人登録をし
てある場合には登録されている代理
人の役職名、氏名及び印。

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)

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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	○
辞退理由	

(入札公告兼)入札説明書に
記載の入札案件名。

記入例

入札参加資格喪失届

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録
されている認定番号

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、又は同名簿に代理人登録をし
てある場合には登録されている代理
人の役職名、氏名及び印。

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)

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	○
資格喪失の理由	○

(入札公告兼) 入札説明書に
記載の入札案件名。

様式 1 (日本工業規格 A 4 縦長型)

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
神奈川県立足柄上病院長 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	

下記の入札案件参加について、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程第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	神奈川県立足柄上病院院内管理業務委託
-------	--------------------

様式2（日本工業規格A4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
神奈川県立足柄上病院長 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

㊞

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	神奈川県立足柄上病院院内管理業務委託
入札回数	回目

入札金額 (3年間)	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
	税抜き											

- ・入札書に記載する金額は、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。

様式3（日本工業規格A4縦長型）

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
神奈川県立足柄上病院長 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

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	

下記の入札案件について、入札参加を辞退します。

記

入札案件名	神奈川県立足柄上病院院内管理業務委託
辞退理由	

様式 4 (日本工業規格 A 4 縦長型)

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
神奈川県立足柄上病院長 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	

下記の入札案件について、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	神奈川県立足柄上病院院内管理業務委託
資格喪失の理由	

競争入札参加資格確認等説明資料

令和 年 月 日

神奈川県立足柄上病院長 様

住 所
商 号
代表者名

次の入札に係る落札候補者として連絡を受けましたが、入札説明書2の(4)、(5)、(6)、及び(7)に記載されている入札参加資格については、次のとおり満たしていることを回答します。

1 業務名 院内管理業務委託

2 入札説明書2の(4)に定める入札参加資格

(1) 医療関連サービスマークの取得

証明書類として、医療関連サービスマーク認定証書の写しを添付する。

(2) 過去3年以内に同規模病院の業務についての履行実績

証明書類として、当該契約の契約書の写しを添付する。

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数

3 入札説明書2の(5)に定める入札参加資格

本契約を担当する営業拠点（入札参加資格者名簿に登録された本店又は支店、営業所に限る。）

本契約を担当する営業拠点	名称	
	所在地	

(ア)に該当する場合

登録区分	神奈川県知事登録 ・ 県内指定都市長登録	
登録番号		
登録営業所		
登録営業所所在地		
清掃作業監督者	氏名	
	資格	清掃作業監督者（再）講習会修了 第 号
	資格取得年月日	

令和3年度 清掃業務従事 者研修計画	研修内容	登録研修を受講 ・ 社内研修を実施	
	社内研修	研修項目 (研修時間数)	(時間) (時間) (時間)
		研修講師氏名	
		研修講師資格	
		研修時期	

4 入札説明書2の(6)に定める入札参加資格

労働保険番号		
雇用保険事業所番号		
保険関係成立年月日	労災保険	
	雇用保険	

5 入札説明書2の(7)に定める入札参加資格

証明書類として、配置予定の従業者と所持する免許・資格及び受講研修の一覧の一覧を添付する。

院内管理業務委託費 内訳書

(単位:円)

		電気設備・ 熱源機器 及びその 他施設設 備保守運 転管理業 務	清掃業務	清潔区域 清浄度管 理業務	駐車場管 業務	電気設備 精密点検 業務	合計金額 (税抜き)
令和4年度	4月						
	5月						
	6月						
	7月						
	8月						
	9月						
	10月						
	11月						
	12月						
	1月						
	2月						
	3月						
		小計					
令和5年度	4月						
	5月						
	6月						
	7月						
	8月						
	9月						
	10月						
	11月						
	12月						
	1月						
	2月						
	3月						
		小計					
令和6年度	4月						
	5月						
	6月						
	7月						
	8月						
	9月						
	10月						
	11月						
	12月						
	1月						
	2月						
	3月						
		小計					
		合計					