

様式1 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

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
神奈川県立循環器呼吸器病センター 宛

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

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 宛

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



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。

様式3 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

競争入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 宛

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。

様式4 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

競争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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 宛

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、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	
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A4縦長型）

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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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	滅菌消毒等業務委託
-------	-----------

様式 2 (日本工業規格 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
神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長 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	滅菌消毒等業務委託
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。

様式3（日本工業規格A4縦長型）

競争入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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、入札参加を辞退します。

記

入札案件名	滅菌消毒等業務委託
辞退理由	

様式4（日本工業規格A4縦長型）

競争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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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、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	滅菌消毒等業務委託
資格喪失の理由	

(日本工業規格 A 4 縦長型)

競争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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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

入札公告兼入札説明書 2 の (3)、(4) 及び (6) に記載されている入札参加資格については、次のとおり満たされていることを回答いたします。

1 業務名 滅菌消毒等業務委託

2 入札公告兼入札説明書の 2 の (3) に定める入札参加資格について

①過去 3 年以内に同規模病院 (病床数 200 床以上) での当該業務の受託実績があること。

契約名	発注元	契約金額	契約期間	病床数	業務概要

※契約書の写しを添付すること。

②当該業務についての医療関連サービスマークの取得について

※医療関連サービスマーク認定証明書の写しを提出すること。

3 入札公告兼入札説明書の 2 の (4) に定める入札参加資格について

法人事業税の納税証明書並びに消費税及び地方消費税の納税証明書 (ともに申請日から起算して 3 ヶ月以内に発行されたもの) の写しを提出すること。

4 入札公告兼入札説明書の 2 の (6) に定める職員配置について

配置予定の職員

職名	氏名	免許・資格名	取得年月日	実務経験年数
滅菌消毒等業務 責任者				

※当該職員の資格の取得証明等の写しを添付すること。