

入札参加資格確認申請書

令和 4 年 6 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 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	令和 4 年度 診療用医薬品の購入 (7 月 - 分)
-------	-----------------------------

入札書

令和4年6月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 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	令和4年度 診療用医薬品の購入 (7月一分)
入札回数	回目

	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
入札金額	(別紙「入札内訳書」のとおり)											

- ・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4年6月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 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	令和4年度 診療用医薬品の購入 (7月一分)
辞退理由	

入札参加資格喪失届

令和4年6月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長 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	令和4年度 診療用医薬品の購入(7月-分)
資格喪失の理由	

入札参加資格確認通知書

こども第 号
令和4年6月 日

〇〇〇〇
代表者 〇〇〇〇 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター 総長

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	令和4年度 診療用医薬品の購入（7月～）	
公告日	令和4年6月9日（木）	
競争参加資格の有無	理由または条件	
入札開始日時	令和4年6月16日（木）午後1時	
入札書提出締切日時	令和4年6月21日（火）正午	
開札予定日時	令和4年6月21日（火）午後1時	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	木村
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusat@kanagawa-pho.jp

質問回答書

こども第 号
令和4年6月 日

入札関係業者 各位

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

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	令和4年度 診療用医薬品の購入（7月一分）
質問内容	
回答	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	木村
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

入札結果通知書

こども第 号
令和4年6月 日

入札関係業者 各位

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、入札結果を次のとおり通知します。

記

入札案件名	令和4年度 診療用医薬品の購入（7月～分）
開札日時	令和4年6月 日（ ） 13時00分
入札結果	別紙のとおり

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	木村
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp