

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 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
|-------|--------------------|

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 | |

| | |
|-------|--------------------|
| 入札案件名 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 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）

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 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 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 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 資格喪失の理由 | |

様式6（日本工業規格A4縦長型）

入札参加資格確認通知書

こども第 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
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 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 | |
| 公告日 | 令和4年6月6日（月） | |
| 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17日（金）午前8時30分 | |
| 入札書提出締切日時 | 令和4年6月23日（木）正午 | |
| 開札予定日時 | 令和4年6月23日（木）午後1時 | |

入札事務担当者情報

| | |
|----------|-------------------------------|
| 部署名 | 事務局経営企画課 |
| 氏名 | 草間 岳史 |
| 電話番号 | 045-711-2351 |
| FAX | 045-721-3324 |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |

質問回答書

こども第 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
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 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 質問内容 | |
| 回答 | |

入札事務担当者情報

| | |
|----------|-------------------------------|
| 部署名 | 事務局経営企画課 |
| 氏名 | 草間 岳史 |
| 電話番号 | 045-711-2351 |
| FAX | 045-721-3324 |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |

様式12（日本工業規格 A 4 縦長型）

再度入札通知書

こども第 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
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、再度入札を実施しますので通知します。

記

| | |
|---------------|-------------------------------|
| 入札案件名 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 入札回数 | 2 回目 |
| 入札理由 | |
| 入札開始日時 | 令和 4 年 6 月 27 日（月）午前 8 時 30 分 |
| 入札書提出 締切日時 | 令和 4 年 6 月 28 日（火）正午 |
| 開札予定日時 | 令和 4 年 6 月 28 日（火）午後 1 時 |
| 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 | 事務局経営企画課 |
| 氏名 | 草間 岳史 |
| 電話番号 | 045-711-2351 |
| FAX | 045-721-3324 |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp |

落札者決定通知書

こども第 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
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、次の者が落札したことを通知します。

記

| | |
|-------|--------------------|
| 入札案件名 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 開札日時 | 令和4年 月 日（ ） 時 分 |
| 落札者名 | |
| 落札金額 | 円（税抜き） 円（税込み） |

入札事務担当者情報

| | |
|----------|------------------------------|
| 部署名 | 事務局経営企画課 |
| 氏名 | 草間 岳史 |
| 電話番号 | 045-711-2351 |
| FAX | 045-721-3324 |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusat@kanagawa-pho.jp |

不調通知書

こども第 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
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、執行が不調となりましたので通知します。

記

| | |
|-------|--------------------|
| 入札案件名 | 麻酔科超音波画像診断装置一式の賃貸借 |
| 入札回数 | 2回目 |
| 不調理由 | |

入札事務担当者情報

| | |
|----------|------------------------------|
| 部署名 | 事務局経営企画課 |
| 氏名 | 草間 岳史 |
| 電話番号 | 045-711-2351 |
| FAX | 045-721-3324 |
| Eメールアドレス | kcmc-nyuusat@kanagawa-pho.jp |