

入札参加資格確認申請書

令和 4 年 9 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 (10月一分)
-------	---------------------------

入札書

令和4年9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 (10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9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 (10月一分)
辞退理由	

入札参加資格喪失届

令和4年9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(10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9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（10月～）	
公告日	令和4年9月15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9月22日（木）午後1時	
入札書提出締切日時	令和4年9月26日（月）正午	
開札予定日時	令和4年9月26日（月）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9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（10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9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（10月～分）
開札日時	令和4年9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