

様式 1

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
神奈川県立精神医療センター所長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

企業名

代表者氏名

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、競争参加資格確認を申請します。

記

入札案件名	(精神2) 精神医療センター I T V設備①更新工事
-------	-----------------------------

様式 2

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
神奈川県立精神医療センター所長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

企業名

代表者氏名

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	(精神2) 精神医療センター I T V 設備①更新工事
入札回数	回目

入札金額	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
消費税及び地方消費税 相当額を含まない。											

- 入札書に記載された金額は、契約希望金額の 100 / 110 に相当する金額であること。
- 金額の頭に ¥ 記号をつけること。

入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター所長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

企業名

代表者氏名

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	(精神2) 精神医療センター I T V設備①更新工事
辞退理由	

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
神奈川県立精神医療センター所長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

電話番号

企業名

代表者氏名

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、入札参加の資格を喪失したので、届出ます。

記

入札案件名	(精神2) 精神医療センター I T V 設備①更新工事
資格喪失の理由	