

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
理事長 吉川 伸治 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。

記

入札案件名	令和5年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか分)
-------	-------------------------------------

入札参加資格要件記入欄

病院納入実績※	
---------	--

※神奈川県立病院機構に納入実績がある場合は契約書の添付は必要ありません。

記入例

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
理事長 吉川 伸治 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、又は同名簿に受任者登録をしてある場合には登録されている受任者の役職名、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

入札担当者情報

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

競争入札参加資格確認通知書、入札結果、その他の連絡は、
こちらに記載いただいたEメールアドレスに送信されます。

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。

記

入札案件名	令和5年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか分)
-------	-------------------------------------

入札参加資格要件記入欄

病院納入実績※	他病院又は当機構に納入実績があれば「他病院名」又は「神奈川県立病院機構」と記載し、契約書の写しを添付してください。ただし、当機構に納入実績がある場合は契約書の添付は必要ありません。
---------	--

※神奈川県立病院機構に納入実績がある場合は契約書の添付は必要ありません。

様式 2 (日本産業規格 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
理事長 吉川 伸治 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5年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか分)
入札回数	回目

	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
入札金額	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してください。
- ・免税事業者にあつては、上段、下段とも同額を記載してください。
- ・金額の頭に¥記号をつけてください。
- ・リバースチャージに係る消費税等については、算入しないでください。

入札参加資格確認通知書

本部第 号
令和4年 月 日

株式会社〇〇〇〇〇〇御中
様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事長 吉川 伸治

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5年電子ジャーナル・データベースの利用 (AACR社ほか分)	
公告日	令和4年11月11日	
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11月18日（金）13時00分	
入札書提出 締切日時	令和4年11月24日（木）12時00分	
開札予定日時	令和4年11月24日（木）13時00分	

入札事務担当者情報

部署名	本部事務局財務部財務経理課
氏名	小林
電話番号	045-651-1231
FAX	045-651-1235
Eメールアドレス	kobayashi.20024@kanagawa-pho.jp