

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

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 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のため、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 | 病理検査システム一式の賃貸借及び保守 |
|-------|--------------------|

## 入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
 神奈川県立がんセンター総長 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 | 病理検査システム一式の賃貸借及び保守 |
| 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 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 税抜         |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| うち賃借料 (税抜) |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| うち保守料 (税抜) |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

- ・ 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。
- ・ 免税事業者にあっては、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。
- ・ 税抜きの契約希望金額により賃借料と保守料との内訳を示すこと。
- ・ 納入を希望する物件のうち主としてソフトウェアについて、メーカー名、機種名等の物件情報を下欄に記載すること。

(納入を希望する物件情報)

様式 3 (日本工業規格 A 4 縦長型)

## 入札参加辞退届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 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 | 病理検査システム一式の賃貸借及び保守 |
| 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

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立がんセンター総長 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、下記のとおり入札参加の資格を喪失したので、届出ます。

記

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 入札案件名   | 病理検査システム一式の賃貸借及び保守 |
| 資格喪失の理由 |                    |