

(様式1)

競争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 殿

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	
F A X	
Eメールアドレス	

入札公告兼入札説明書「2 入札参加者に求められる資格」を満たしており、次の入札案件に参加を希望しますので、申請します。

- 1 件 名 臨床検査業務委託
- 2 履行場所 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

※申請は、原則として本店の代表者名で行ってください。ただし、神奈川県入札参加資格審査申請時（登録時）において支店長等に入札、契約等に関する権限を委任している場合は、受任者名で申請してください。

(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 殿

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	
F A X	
Eメールアドレス	

入札案件名	臨床検査業務委託
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)

競争入札参加資格確認等説明資料

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 殿

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

次の入札に係る落札候補者として連絡を受けましたが、入札説明書2の(4)、(5)に記載されている入札参加資格については、次のとおり満たされていることを回答します。

- 1 業務名 臨床検査業務委託
- 2 入札説明書2の(4)に定める入札参加資格

医療関連サービスマークの取得があり、かつ過去3年以内に300床以上の病院での業務履行実績があること。

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数

※1 当該契約の契約書の写しを添付すること。

※2 当センターとの契約の場合は契約書の写しの添付は不要です。

- 3 入札説明書2の(5)に定める入札参加資格
ISO15189(臨床検査室の認定)の取得があること。

(様式4)

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 殿

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

次の入札案件について、入札参加を辞退します。

1 件 名 臨床検査業務委託

辞退理由	
------	--