

様式1 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

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
神奈川県立循環器呼吸器病センター 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、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、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

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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

(入札公告兼) 入札説明書に
記載の入札案件名。

様式2 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

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
神奈川県立循環器呼吸器病センター 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、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、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



本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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	

(入札公告兼)入札説明書に
記載の入札案件名。

入札案件名

入札回数

回目

1回目の入札の場合は「1回
目」、再度入札の場合は「2
回目」と記入。

入札金額	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
	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 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

競争入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター 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、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、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

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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	
辞退理由	

(入札公告兼) 入札説明書に
記載の入札案件名。

様式4 (日本工業規格A4縦長型)

記入例

競争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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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、又は同名簿に代理人登録をしてある場合には登録されている代理人の役職名、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

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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	
資格喪失の理由	

(入札公告兼)入札説明書に
記載の入札案件名。

様式1（日本工業規格A4縦長型）

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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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、競争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	臨床検査業務委託（分子病理検査）
-------	------------------

様式2 (日本工業規格A4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
神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長 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	臨床検査業務委託 (分子病理検査)
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（日本工業規格A4縦長型）

競争入札参加辞退届

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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	臨床検査業務委託（分子病理検査）
辞退理由	

様式 4 (日本工業規格 A 4 縦長型)

競争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
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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	臨床検査業務委託 (分子病理検査)
資格喪失の理由	

競争入札参加資格説明資料

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 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

㊞

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)から(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(分子病理検査)
- 2 入札公告兼入札説明書2の(4)に定める入札参加資格「衛生検査所登録が証明されていること。」について
※登録を証する書類の写しを提出すること。
- 3 入札公告兼入札説明書2の(5)に定める入札参加資格「次の各号に定める資格審査の認定、認証をを取得していること。」について
※認定及び認証の取得を証する書類の写しを提出すること。
 - ア 検体検査の医療関連サービスマーク(一般財団法人医療関連サービス振興会)
 - イ ISO15189(臨床検査室の品質と能力に関する特定要求事項)
 - ウ CAP(米国臨床病理医協会)施設審査基準
 - エ プライバシーマーク並びにISO/IEC27001/JISQ27001