

**記入例**

**入札参加資格確認申請書**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

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、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 (日本産業規格A4縦長型)

**記入例**

**入札書**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

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

**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	

(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。

	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
入札金額	税込み											
	税抜き											

・入札金額は、税抜き単価に予定数量を乗じて得た額の金額の合計（概算総価）を記載すること。

・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。

**記入例**

**入札参加辞退届**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

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。

**記入例**

**入札参加資格喪失届**

必ず記入すること → 令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構  
神奈川県立足柄上病院長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿に登録  
されている認定番号

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、入札参加の資格を喪失しましたので、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 (日本産業規格 A 4 縦長型)

## 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  
神奈川県立足柄上病院長 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、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	令和 5 年度医療ガスの単価による購入
-------	---------------------

様式2（日本産業規格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  
神奈川県立足柄上病院長 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	令和5年度医療ガスの単価による購入
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											

・入札金額は、税抜き単価に予定数量を乗じて得た額の金額の合計（概算総価）を記載すること。

・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（日本産業規格A4縦長型）

## 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  
神奈川県立足柄上病院長 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

⑩

### 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	令和5年度医療ガスの単価による購入
辞退理由	

様式 4 (日本産業規格 A 4 縦長型)

## 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  
神奈川県立足柄上病院長 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、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	令和5年度医療ガスの単価による購入
資格喪失の理由	



# 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  
神奈川県立足柄上病院長 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

㊞

次の入札に参加するにあたり、次のとおり満たしていることを回答します。

- 1 入札案件名 令和5年度医療ガスの単価による購入
- 2 入札公告兼入札説明書2の(4)に定める入札参加資格  
医薬品販売業許可証の写しを添付すること。
- 3 入札公告兼入札説明書2の(5)に定める入札参加資格  
高圧ガス販売事業届出書の写しを添付すること。
- 4 入札公告兼入札説明書2の(6)に定める入札参加資格  
緊急連絡体制及び24時間供給体制を示す書類を添付すること。
- 5 入札公告兼入札説明書2の(7)に定める入札参加資格  
過去3年以内の同規模の病院（病床数250床以上）での当該業務の履行実績につ  
いて少なくとも1件以上記載し、当該業務に係る契約の契約書の写しを添付する  
こと。

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数