

様式1 (日本産業規格A4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  
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。  
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。  
なお、入札参加資格要件記入欄の記載内容、添付書類については事実と相違ないことを誓約します。

記

入札案件名	令和5年度診療用医薬品の購入 (本部事務局調達あっせん)
-------	------------------------------

### 入札参加資格要件記入欄

MedicodeSR/NS 登録番号	
病院(200床以上) 納入実績※	
365日24時間の連 絡体制	

※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1 (日本産業規格A4縦長型)

**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認定番号  
企業名称  
住所  
電話番号  
代表者職・氏名

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。

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。

なお、入札参加資格要件記入欄の記載内容、添付書類については事実と相違ないことを誓約します。

記

入札案件名 | 令和5年度診療用医薬品の購入 (本部事務局調達あっせん)

入札参加資格要件記入欄 (記載の注意事項)

MedicodeSR/NS 登録番号	医薬品電子発注システムの登録番号を記載してください。
病院(200床以上) 納入実績	他病院名又は当機構に納入実績があれば記載し、契約書の写しを添付してください。
365日24時間の連 絡体制	夜間・休日のコールセンター等の緊急連絡先、緊急連絡体制を記載してください。

※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（用紙 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  
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	

入札案件名	令和5年度診療用医薬品の購入（本部事務局調達あつせん）
入札回数	回目

入札金額 円 別紙 内訳書のとおり  
(入札金額は消費税を含みません。)

開封用パスワード	
----------	--

入札書を提出する際は入札書を表紙とし、内訳書を「袋綴じ」した場合は綴じた部分に、「ホッチキス留め」とした場合は内訳書の各ページ間へ、押印すること。