

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

○

○ (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	

(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。

製造会社及び型式・規格 (必ず記入してください)

様式3 (日本産業規格A4縦長型)

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	全身麻酔装置一式の購入
-------	-------------

様式 2 (日本産業規格 A 4 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

⑧

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	全身麻酔装置一式の購入
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。

製造会社及び型式・規格 (必ず記入してください)

--

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	全身麻酔装置一式の購入
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	全身麻酔装置一式の購入
資格喪失の理由	