

様式 1 - 1 (日本産業規格 A 4 縦長型)

共同企業体により入札参加する場合は、
様式 1 - 2 を使用すること。

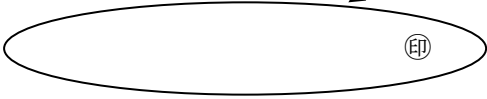
入札参加資格確認申請書

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	

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 - 1 (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

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。



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。

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。

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。

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

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。

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
-------	----------------------

様式 2 - 1 (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

㊟

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
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。

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
辞退理由	

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
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

住 所
商 号
代表者名 ㊞

次の入札に係る、入札説明書3の(3)及び(4)に記載されている入札参加資格について、次のとおり満たしていることを回答します。

1 入札案件 総合医療情報システム更新及び保守管理業務

2 入札説明書3の(3)に定める入札参加資格

証明書類として、ア及びイについては登録証又は証明書の写しを、ウについては証明できる資料の写しを、エ及びオについては該当契約の契約書の写しを添付すること。

■ 総合医療情報システムの構築業務 ((3)のエ)

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数

■ 総合医療情報システムの保守管理業務 ((3)のオ)

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数

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。

(代表構成員)

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

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。
代表構成員及び構成員それぞれ
連名で記入してください。

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

(構成員)

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。

(入札公告兼) 入札説明書に記載の入札案件名。

記

入札案件名

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

(代表構成員)

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。

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。代表構成員及び構成員それぞれ連名で記入してください。

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

(構成員)

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	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。

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。

(代表構成員)

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。

代表構成員及び構成員それぞ
れ連名で記入してください。

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	

(構成員)

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	
辞退理由	

(入札公告兼)入札説明書に
記載の入札案件名。

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。

(代表構成員)

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

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。
代表構成員及び構成員それぞれ
連名で記入してください。

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

(構成員)

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	
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。

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

(代表構成員)

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	

(構成員)

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	

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
-------	----------------------

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

(代表構成員)

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	

(構成員)

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
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。

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

(代表構成員)

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	

(構成員)

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	

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
辞退理由	

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

(代表構成員)

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	

(構成員)

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	

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	総合医療情報システム更新及び保守管理業務
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

(代表構成員)

住 所
商 号
代表者名 ㊟

(構成員)

住 所
商 号
代表者名 ㊟

次の入札に係る、入札説明書3の(3)及び(4)に記載されている入札参加資格について、次のとおり満たしていることを回答します。

- 1 入札案件 総合医療情報システム更新及び保守管理業務
- 2 入札説明書3の(3)に定める入札参加資格

証明書類として、ア及びイについては登録証又は証明書の写しを、ウについては証明できる資料の写しを、エ及びオについては該当契約の契約書の写しを添付すること。

■ 総合医療情報システムの構築業務 ((3)のエ)

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数

■ 総合医療情報システムの保守管理業務（(3)のオ）

契約名	発注元	契約期間	業務概要	病床数

- 3 入札説明書3の(4)に定める入札参加資格
証明書類として、共同企業体協定書の写しを添付すること。