

**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  
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。

**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

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。

入札金額	区分	百	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
		税込み	入札内訳書のとおり									
	税抜き	入札内訳書のとおり										

- ・ 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。

**記入例**

**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。

記入例

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

## 入札参加資格確認申請書

令和 5 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	患者給食業務委託
-------	----------

## 入札書

令和 5 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	患者給食業務委託
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	入札内訳書のとおり										
	税抜き	入札内訳書のとおり										

- ・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 5 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	患者給食業務委託
辞退理由	

## 入札参加資格喪失届

令和 5 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	患者給食業務委託
資格喪失の理由	



## 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 ⑨

入札公告兼入札説明書 2 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いたします。

1 業務名 患者給食業務委託

2 入札公告兼入札説明書の 2 の (3) に定める入札参加資格について

(1) 医療関連サービスマークの取得の有無 ( 有 ・ 無 )

※医療関連サービスマーク認定証明書の写しを添付すること。

(2) 過去 3 年以内に病床数 180 床以上規模病院での当該業務の履行実績

契約名	発注元	契約金額	契約期間	病床数	業務概要

※契約書の写しを添付すること。

3 入札公告兼入札説明書の 2 の (4) に定める入札参加資格について

法人事業税の納税証明書並びに消費税及び地方消費税の納税証明書 (ともに申請日から起算して 3 ヶ月以内に発行されたもの) の写しを提出すること。

4 入札公告兼入札説明書の 2 の (6) に定める職員配置について

配置予定の職員の一覧

職名	氏名	生年月日	免許・資格名	取得年月日	実務経験年数
受託責任者					
副受託責任者					
教育研修主任者					
衛生管理主任者					

※当該技術者の免許状の写しを添付すること。