

様式 1 (日本産業規格 A 4 縦長型)

競争入札参加資格確認申請書

令和 6 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
法人名称
所在地
電話番号
代表者(受任者)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	

競争入札参加資格確認通知書、入札結果、その他の連絡は、こちらに記載いただいたEメールアドレスに送信されます

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 6 年度臨床検査用試薬の購入 (本部事務局調達あっせん)
-------	---------------------------------

入札参加資格要件記入欄

過去5年以内の病院 (200床以上)納入実績※	
----------------------------	--

※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

競争入札参加資格確認申請書

令和6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、又は同名簿に受任者登録をしてある場合には登録されている受任者の役職名、氏名及び印。

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号
法人名称
所在地
電話番号
代表者(受任者)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	

競争入札参加資格確認通知書、入札結果、その他の連絡は、こちらに記載いただいたEメールアドレスに送信されます

下記の入札案件参加のため、競争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6年度臨床検査用試薬の購入(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)

過去5年以内の病院(200床以上)納入実績※	他病院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。
------------------------	---------------------------------------

※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 (日本産業規格 A 4 縦長型)

入札書

令和 6 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
法人名称
所在地
電話番号
代表者(受任者)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 6 年度臨床検査用試薬の購入 (本部事務局調達あっせん)
入札回数	回目

入札金額	¥ 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	
----------	--

入札書は本様式を表紙とし、内訳書については、「袋綴じ」した場合には綴じた部分に、「ホッチキス留め」した場合には各ページ間に、代表者又は受任者印を押印してください。