

様式1 (日本産業規格A4縦長型)

## 競争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  
神奈川県立精神医療センター所長 様

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のため、競争参加資格確認を申請します。

記

入札案件名	医用X線CT装置保守業務委託
-------	----------------

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  
神奈川県立精神医療センター所長 様

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	医用 X 線 CT 装置保守業務委託
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											
	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。

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  
神奈川県立精神医療センター所長 様

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	医用X線CT装置保守業務委託
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  
神奈川県立精神医療センター 所長 様

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、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	医用 X 線 C T 装置保守業務委託
資格喪失の理由	