

様式 1-1 (日本工業規格 A 4 縦長型)

**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  
神奈川県立がんセンター 総長 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 感染性廃棄物処理委託

(入札公告兼) 入札説明書に記載の入札案件名。

様式 2-1 (日本工業規格 A 4 縦長型)

**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  
神奈川県立がんセンター 総長 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	

(入札公告兼) 入札説明書に記載の入札案件名。

入札案件名	感染性廃棄物処理委託
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	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	小 数 点	分	厘	毛	糸
	別紙のとおり															

・入札書に記載する金額は、税抜きの契約希望金額を記載すること。

# 入札書別紙

容器の 大きさ	容器の 種類	1リットルあたりの単価		予定数量③	計 (①+②)×③
		収集・運搬①	処分②		
20リットル程度	密閉式容器			220,000 リットル	円
45リットル程度	密閉式容器			700,000 リットル	円
60リットル程度	ダンボール箱			2,000,000 リットル	円
合計(入札書金額)					円

※1リットルあたりの単価は小数点第一位まで記入するものとする。

※合計(入札書金額)については消費税抜きの金額で記入するものとする。

住 所

---

商号・名称

---

代表者名

---

**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  
神奈川県立がんセンター 総長 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	感染性廃棄物処理委託
辞退理由	

(入札公告兼) 入札説明書に記載の入札案件名。

様式 4-1 (日本工業規格 A 4 縦長型)

**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  
神奈川県立がんセンター 総長 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、入札参加の資格を喪失しましたので、届出ます。

記

入札案件名	感染性廃棄物処理委託
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  
神奈川県立がんセンター 総長 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	感染性廃棄物処理委託
-------	------------

様式 2-1 (日本工業規格 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  
神奈川県立がんセンター 総長 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	感染性廃棄物処理委託
入札回数	回目

入 札 金 額	区	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	小	分	厘	毛	糸
	分											数				
	別紙のとおり															

・入札書に記載する金額は、税抜きの契約希望金額を記載すること。

# 入札書別紙

容器の 大きさ	容器の 種類	1リットルあたりの単価		予定数量③	計 (①+②)×③
		収集・運搬①	処分②		
20リットル程度	密閉式容器			220,000 リットル	円
45リットル程度	密閉式容器			700,000 リットル	円
60リットル程度	ダンボール箱			2,000,000 リットル	円
合計(入札書金額)					円

※1リットルあたりの単価は小数点第一位まで記入するものとする。

※合計（入札書金額）については消費税抜きの金額で記入するものとする。

住 所

商号・名称

代表者名

様式 3-1 (日本工業規格 A 4 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  
神奈川県立がんセンター 総長 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	感染性廃棄物処理委託
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  
神奈川県立がんセンター 総長 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	感染性廃棄物処理委託
資格喪失の理由	