

様式1 (日本産業規格A4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 殿

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のため、入札参加資格確認を申請します。

記

入札案件名	医事業務等に係る労働者派遣
-------	---------------

(入札公告兼) 入札説明書に記載の入札案件名。

様式 2 (日本産業規格 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 殿

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。

(入札公告兼) 入札説明書に記載の入札案件名。

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	医療事務等に係る労働者派遣
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	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	小	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。

様式3 (日本産業規格A4縦長型)

**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 殿

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	医事業務等に係る労働者派遣
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 (日本産業規格 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 殿

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	医事業務等に係る労働者派遣
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（日本産業規格A4縦長型）

## 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 殿

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、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	医事業務等に係る労働者派遣
-------	---------------

様式2（日本産業規格A4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 殿

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	医事業務等に係る労働者派遣
入札回数	回目

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																

- ・入札書に記載された金額は、消費税及び地方消費税相当額を除く契約希望金額を記載すること。
- ・金額の頭に¥記号をつけること。

入札説明書に記載された提出締切日までに、直接持参するか配達記録が残る郵便等により提出してください。

## 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 殿

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	医事業務等に係る労働者派遣
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 殿

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	医事業務等に係る労働者派遣
資格喪失の理由	