

入札参加資格確認申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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、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。

様式2 (用紙 日本産業規格A4縦長型)

入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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

Ⓜ

入札担当者情報

本入札案件を担当される方の
部署名、氏名、連絡先。

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											
税抜き												

- ・入札書に記載する金額は、入札書別紙の合計であり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

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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	
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 (用紙 日本産業規格 A 4 縦長型)

入札参加資格喪失届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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	
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 (用紙 日本産業規格 A 4 縦長型)

入札参加資格確認申請書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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	

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	インクカートリッジ等の購入
-------	---------------

様式2 (用紙 日本産業規格 A 4 縦長型)

入札書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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	インクカートリッジの購入
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、入札書別紙の合計であり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 (用紙 日本産業規格A4縦長型)

入札参加辞退届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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	

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	インクカートリッジ等の購入
辞退理由	

様式 4 (用紙 日本産業規格 A 4 縦長型)

入札参加資格喪失届

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
足柄上病院病院長 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	

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	インクカートリッジ等の購入
資格喪失の理由	

入札書

案件 インクカートリッジ等の購入 (純正品)

入札者名称 _____

品番	メーカー	品名	規格	予定数量	入札金額 (税抜き)	入札金額 (税込み)
1	エプソン	インクカートリッジ	IP03KA	92		
2	エプソン	メンテナンスボックス	PXMB8	106		
3	エプソン	インクカートリッジ	IP11KA	24		
4	エプソン	インクカートリッジ	IP11CA	24		
5	エプソン	インクカートリッジ	IP11MA	24		
6	エプソン	インクカートリッジ	IP11YA	24		
7	エプソン	メンテナンスボックス	PX4MB10	10		
8	エプソン	インクカートリッジ	IB02KA	24		
9	エプソン	インクカートリッジ	IB02CA	24		
10	エプソン	インクカートリッジ	IB02MA	24		
11	エプソン	インクカートリッジ	IB02YA	24		
12	エプソン	メンテナンスボックス	PXMB6	19		

・品番の個々の品目ごとに見積もった契約希望単価 (消費税抜単価) に予定数量を乗じた額を合算したものを入札金額 (税抜き) とし、それに消費税及び地方消費税相当額を合算したものを入札金額 (税込み) とすること。

- ・当該金額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てるものとする。
- ・免税事業者にあつては、入札金額 (税抜き)、入札金額 (税込み) とともに同額を記載すること。
- ・入札者名を記載すること。
- ・入札金額の頭に「¥」記号をつけること。