

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
神奈川県立こども医療センター総長 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。
申請に当たり、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	超音波診断装置二式の更新
-------	--------------

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
神奈川県立こども医療センター総長 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

⑩

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	超音波診断装置二式の更新
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。

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
神奈川県立こども医療センター総長 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	超音波診断装置二式の更新
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
神奈川県立こども医療センター総長 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	超音波診断装置二式の更新
資格喪失の理由	

入札参加資格確認通知書

こども第 号
令和 年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

先に申請のあった下記の入札案件に係わる参加資格について、次の通り確認しましたので、通知致します。

記

入札案件名	超音波診断装置二式の更新	
公告日	令和6年9月10日（火）	
競争参加資格の有無	理由または条件	
入札開始日時	令和6年10月10日（木）午前8時30分	
入札書提出締切日時	令和6年10月21日（月）正午	
開札予定日時	令和6年10月21日（月）午後1時00分	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	澤田 裕輝
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

質問回答書

こども第 号
令和 年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件に係る質問について、次のとおり回答します。

記

入札案件名	超音波診断装置二式の更新
質問内容	
回答	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	澤田 裕輝
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

再度入札通知書

こども第 号
令和 年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、再度入札を実施しますので通知します。

記

入札案件名	超音波診断装置二式の更新
入札回数	2回目
入札理由	
入札開始日時	令和6年10月25日（金）午前8時30分
入札書提出 締切日時	令和6年10月29日（火）正午
開札予定日時	令和6年10月29日（火）午後1時00分
1回目入札最低金額	円（税抜き）

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	澤田 裕輝
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

落札者決定通知書

こども第 号
令和 年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、次の者が落札したことを通知します。

記

入札案件名	超音波診断装置二式の更新
開札日時	令和 年 月 日 () 時 分
落札者名	
落札金額	円 (税込み) 円 (税抜き)

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	澤田 裕輝
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp

不調通知書

こども第 号
令和 年 月 日

代表者 ○○○○ 様

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター総長

下記の入札案件について、執行が不調となりましたので通知します。

記

入札案件名	超音波診断装置二式の更新
入札回数	2回目
不調理由	

入札事務担当者情報

部署名	経営企画課
氏名	澤田 裕輝
電話番号	(045) 711-2351
FAX	(045) 721-3324
Eメールアドレス	kcmc-nyuusatu@kanagawa-pho.jp