様式１（日本工業規格Ａ４縦長型）

競争参加資格確認申請書

令和　 年 　月 　日

神奈川リハビリテーション病院

病院長　 杉山　肇

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

企業名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者(代表者)職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

入札担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

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 | 医用電子血圧計システムの買入れ |

様式２（日本工業規格Ａ４縦長型）

入札質問書

令和　　年　　月　　日

神奈川リハビリテーション病院

病院長　 杉山　肇

入札担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名称 |  |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

下記の入札案件について、以下のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 入札案件名 | 医用電子血圧計システムの買入れ |
| 質問内容 |  |

様式３（日本工業規格Ａ４縦長型）

入　　札　　書

令和　 年 　月 　日

神奈川リハビリテーション病院

病院長　 杉山　肇

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

企業名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者(代表者)職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

（※代理人出席の場合）代理人住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

［認め印可］

入札担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入 札 案 件 名 | 医用電子血圧計システムの買入れ |
| 入 札 回 数 | 回目 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入 札 金 額 | 百 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式４（日本工業規格Ａ４縦長型）

入札参加辞退届

令和　 年 　月 　日

神奈川リハビリテーション病院

病院長　 杉山　肇

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

企業名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者(代表者)職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

入札担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

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 | 医用電子血圧計システムの買入れ |
| 辞 退 理 由 |  |

入札を辞退する場合、入札説明書に記載された入札及び開札日前日（土日を除く）までに、配達記録が残る郵便等により提出してください。

様式５（日本工業規格Ａ４縦長型）

競争参加資格確認通知書

令和　　年　　月　　日

○○○○○○○○○　御中

　　　　　　　　　　様

神奈川リハビリテーション病院

病院長　杉山　肇

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

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公告日 | 令和　年　月　日 | |
| 入札案件名 | 医用電子血圧計システムの買入れ | |
| 競争参加資格  の有無 |  | |
| 理由または  条件 |  |
| 入札及び開札日時 | 令和　年　月　日（　）　時　分 | |

入札事務担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

様式６（日本工業規格Ａ４縦長型）

質問回答書

令和　　年　　月　　日

入札関係業者　御中

神奈川リハビリテーション病院

病院長　 杉山　肇

下記の入札案件について、下記のとおり質問がありましたので回答致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 入札案件名 | 医用電子血圧計システムの買入れ |
| 質問内容 |  |
| 回答 |  |

入札担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

様式16（日本工業規格Ａ４縦長型）

入札参加資格喪失届

令和　　年　 　月　 　日

神奈川リハビリテーション病院

病院長　 杉山　肇

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

住所

企業名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者(代表者)職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

入札担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

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 | 医用電子血圧計システムの買入れ |
| 資格喪失の理由 |  |