

様式第3号

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

県立日南病院長 原 誠一郎 殿

住 所 〒

商号又は名称

代表者職氏名

印

令和7年11月20日に開札のありました「県立日南病院病棟個室ユニットバス他修繕」に係る入札公告に示された、入札参加に必要な資格を有していること及び入札公告に掲げる欠格要件のいずれにも該当しないことを誓約します。

申請書類提出者_____

連絡先電話番号_____

ファクシミリ番号_____

電子メールアドレス_____

様式第4号

令和 年 月 日

落札決定通知書

商号又は名称

代表者氏名

様

県立日南病院長

原 誠一郎



下記の案件について、落札者を決定しましたので通知します。

記

調達案件番号	
修繕件名	県立日南病院 病棟個室ユニットバス他修繕
開札日時	令和 年 月 日 時 分
入札金額	円（税抜）
落札者 商号又は名称 代表者氏名	

様式第 5 号

年 月 日

入札参加資格確認結果通知書

商号又は名称

代 表 者 氏 名

様

県立日南病院長

原 誠一郎



病棟個室ユニットバス他修繕に係る入札参加資格について、下記の理由により入札参加資格が認められなかったので通知します。

記

(入札参加資格がないとした理由)

(注) あなたは、当職に対して入札参加資格がないとされた理由について説明を求めることができます。

説明を求める場合は、この通知を受けた日から 2 日以内に県立日南病院へその旨を記載した書面を提出してください。

様式第 6 号

年 月 日

入札参加資格確認中止通知書

商号又は名称

代 表 者 氏 名

様

県立日南病院長

原 誠一郎



先に申請のありました下記の業務に係る入札参加資格申請について、あなたの前に落札候補者であった方の入札参加資格が確認された結果、あなたの入札参加資格確認を中止しましたので通知します。

記

修繕件名 県立日南病院 病棟個室ユニットバス他修繕