（様式1）

令和元年　　月　　日

地方独立行政法人芦屋中央病院

　理事長　櫻井　俊弘　様

（所在地）

（称号又は名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書兼誓約書

入院セット貸付販売委託業務運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、実施要領に定めた参加資格要件を満たしていること、並びにこの申請書及び必要書類の全ての記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| （ふりがな）  担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－mailアドレス |  |

（必要書類）

・実績一覧表（様式2）

・会社概要（様式3）

（様式2）

実績一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業務期間 | 病院名 | 病床数 | 業務内容 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

（1）貴社の福岡県内の100床以上の病院で、同業務の3年以上の継続運営実績を3件以上記入してください。

（2）事例多数の場合は、直近事例を10件記載してください。

（様式3）

会 社 概 要

（令和元年11月現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 商号又は会社名 |  |
| 2 | 代表者（ふりがな） |  |
| 3 | 所在地 |  |
| 4 | 電話番号 |  |
| 5 | FAX番号 |  |
| 6 | ホームページURL |  |
| 7 | 設立年月日 |  |
| 8 | 資本金 |  |
| 9 | 従業員数 |  |
| 10 | 業務内容 |  |
| 12 | 本業務に従事する事業所 | （事業署名）  （代表者）  （所在地）  （電話番号）  （FAX番号） |
| 13 | その他 |  |

※会社のパンフレットがあれば添付してください。

（様式4）

令和元年　　月　　日

質　疑　書

（入院セット貸付販売委託業務運営事業）

事業者名

担当者名

連 絡 先　電話：

FAX：

E-mail：

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 質　　問　　内　　容 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

※ 質問内容は、簡潔かつ具体的に記入してください。

（様式5）

令和元年　　月　　日

地方独立行政法人芦屋中央病院

　理事長　櫻井　俊弘　様

（所在地）

（称号又は名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　㊞

応 募 申 込 書

入院セット貸付販売委託業務運営事業者選定に係る公募型プロポーザルの企画提案書を提出します。

なお、添付資料を含めすべての記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　提出書類

①　企画提案書（様式任意）

②　管理手数料見積書（様式6）

③　積算明細書（様式任意）

２　提出部数　8部（正本1部、副本7部）

※実施要領「7 提案書等記載要領」及び「仕様書」をよく読んで作成してください。

（様式6）

令和元年　　年　　日

地方独立行政法人芦屋中央病院

　理事長　櫻井　俊弘　様

（所在地）

（称号又は名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　㊞

管理手数料見積書

　入院セット貸付販売委託業務運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加したく、プロポーザル実施要領を熟知したうえで、管理手数料見積書を下記のとおり提出します。

見積割合

　　　　　　　　　　％

（1）算用数字で記入すること。

（2）見積割合は小数点以下第１位まで記入すること。

（3）消費税及び地方消費税を含むこと。

（4）収支見込が分かるように記載した積算明細書（様式任意）を添付すること。