（様式1）

参加申込書

（業務名）彦根市立病院経営強化プラン支援業務委託

私は、標記業務の受託者選定に係る公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。なお、募集要領に規定されている参加資格を満たしていることを誓約するとともに、当該誓約に違反があった場合には、一方的に審査手続きから除外されても異議ありません。

年　　月　　日

彦根市病院事業管理者（あて）

申込者 所在地：

商号又は名称：

代表者（職・氏名）：　　　　　　　　　　　　　 　　 印

電話番号：

統括責任者 所属：

役職・氏名：

　　　　　　　　　 電話番号：

 ＦＡＸ番号：

 Ｅ－ＭＡＩＬ：

（様式2）

会社概要

1. 提案者
	1. 会社名（商号又は名称）
	2. 代表者（職・氏名）
	3. 所在地（本店）
	4. ホームページURL
2. 会社概要
	1. 設立年月日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日
	2. 支社・支店

（主な営業拠点、総数）

* 1. 従業員数（人）
	2. 資本金（円）
	3. 売上高（円）
	4. 沿革
	5. 事業概要
	6. 関連会社
		+ 上記の売上金等の値は、直近の単独決算の値とする。
		+ 直近2年度分の「貸借対照表」「損益計算書」「キャッシュフロー計算書」を提出すること。
1. 連絡担当者
	1. 所属部署
	2. 役職・氏名
	3. 電話番号
	4. FAX
	5. E－Mail

（様式3）

業務経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務名称 |  |
| 実施期間 | からまで | 事業費 | 千円 |
| 取組みの概要および成果 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２ | 業務名称 |  |
| 実施期間 | からまで | 事業費 | 千円 |
| 取組みの概要および成果 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３ | 業務名称 |  |
| 実施期間 | からまで | 事業費 | 千円 |
| 取組みの概要および成果 |
|  |

* 実績は1項目につき1件とし、令和6年（2024年）3月31日までの実績を5件まで記載できるものとする（適宜、票の追加可）。

（様式4）

業務実施体制調書

本業務を受託した場合の体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名前 | 所属 | 役職 | 現在の担当業務数 |
| 統括責任者 |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |
| 業務実施組織図 |
| 体制の特徴、不測の事態への対応など |

※　この表は、適宜作り替えてもよいこととする。

（様式5）

統括責任者および担当者の業務実績調書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 統　括　責　任　者 | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  |
| 担当した主要な取組みの概要と担当分野 |  |
| 特記事項 |  |
| 担　当　者 | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  |
| 担当した主要な取組みの概要と担当分野 |  |
| 特記事項 |  |
| 担　当　者 | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  |
| 担当した主要な取組みの概要と担当分野 |  |
| 特記事項 |  |

* 担当者欄が不足する場合は、適宜、表を追加すること。

（様式6）

参加辞退届

年　　月　　日

彦根市病院事業管理者（あて）

所在地：

商号又は名称：

代表者（職・氏名）：　　　　　　　　　　　　　　 　　 印

電話番号：

下記の理由により、彦根市立病院経営強化プラン支援業務委託に係る公募型企画提案への参加を辞退します。

記

（理由）

（様式7）

質問書

　彦根市立病院経営強化プラン支援業務委託に係る内容について、以下のとおり質問いたします。

年　　月　　日

１　質問者

1. 会社名（商号又は名称）
2. 代表者（職・氏名）
3. 担当者名
4. 電話番号
5. E－Mail

２　質問事項

|  |  |
| --- | --- |
| 項番 | 質問事項 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

※記入欄が不足する場合は、適宜、表を追加すること