

様式第1号

平成 年 月 日

市立大洲病院 事務課 御中

メールアドレス oozubyouin@city.ozu.ehime.jp

電話番号 0893-24-2151

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザル質問票

下記のとおり質問いたします。

項目 (書類名称・ページ・項目など)	内 容

注1) 質問事項は、簡潔に記載してください。

注2) 送信後、必ず電話により受信確認を行ってください。

所在地	
商号又は名称	
部署名	
氏名 (フリガナ)	
電話	
FAX	
E-mail	

様式第 2 号

平成 年 月 日

大洲市病院事業管理者 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

㊞

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザル 参加申込書

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加を申し込みます。なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 業 務 名 市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務
- 2 添付資料

【連絡先】

部署名	
氏名（フリガナ）	
電話	
FAX	
E-mail	

※提出期限を厳守してください。

平成 年 月 日

大洲市病院事業管理者 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

㊞

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザル 企画提案書

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザルについて、企画提案書を提出します。なお、提出日現在において、提出書類のすべての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

提出書類

1) 提案書

- ア 会社概要書（様式第 4 号）
- イ 業務受託実績書（様式第 5 号）
- ウ 国税及び市税の納税証明書
- エ 業務の業務実施体制図（様式第 6 号）
- オ 業務の管理責任者調書（様式第 7 号）
- カ 業務実施方針及び手法（様式第 8 号）

2) 企画提案書、その他提出物品

3) 見積書及び内訳書（任意様式）

※内訳書は、詳細に記入すること。

【連絡先】

部署名	
氏名（フリガナ）	
電話	
FAX	
E-mail	

会社概要書

平成 年 月 日現在

商号又は名称 及び代表者氏名			
所在地			
本業務に係る事務所等の 所在地・事務所名等			
設立年月日			
資本金 (千円)		千円	
従業員数		(内、実施事務所等)	
	技術系	人	人
	事務系	人	人
	その他	人	人
	計	人	人
業務内容 (自社で行うすべての業務 を記入してください)			
売上高 (直近3ヶ年度)	平成 年度	円	
	平成 年度	円	
	平成 年度	円	
会社の公的資格取得 (取得年月日も記載)		(平成 年 月) (平成 年 月)	
その他特記事項			

様式第5号

業務受託実績書

商号又は名称 _____

業 務 名			
委 託 者		病床数	
履 行 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
業 務 内 容	※提供内容等		

業 務 名			
委 託 者		病床数	
履 行 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
業 務 内 容			

業 務 名			
委 託 者		病床数	
履 行 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
業 務 内 容			

業 務 名			
委 託 者		病床数	
履 行 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
業 務 内 容			

業 務 名			
委 託 者		病床数	
履 行 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
業 務 内 容			

注1：平成26年度以降について、同種の本業務実績を全て記入してください。

5件以上ある場合は、複写の上ご記入ください。

様式第 6 号

	業務実施体制図			
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="margin: 0;">体系図</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>当院</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>—— 管理責任者 ——</p> <p>(氏名)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>—— 担当者 ——</p> <p>(氏名)</p> <p>(氏名)</p> <p>(氏名)</p> <p>(氏名)</p> <p>……</p> <p>(氏名)</p> </div> </div> </div>			
	フリガナ 氏 名	所属・役職名 (実務経験年数)	専任か 兼任	担当する分担業務の内容
管理責任者			専任・兼任	
担 当 者			専任・兼任	
			専任・兼任	
			専任・兼任	
			専任・兼任	

注 1 : 外部に協力を求める場合には、所属・役職名欄に企業名等を記載してください。

注 2 : 行が不足する場合は追加してください。

様式第7号

管理責任者調書			
① 氏名（フリガナ）	② 生年月日・年齢 年 月 日 （ 歳）		
③ 所属・役職			
④ 保有資格（種類・取得年月日等を記載）			
⑤ 本事業に関連する業務経歴（過去3年以内、直近の順に全て記入）			
業務名	業務概要	発注機関	履行期間
※行が不足する場合は追加してください。			
⑥ 兼任する業務の状況（平成29年4月1日現在）			
業務名	発注機関	履行期間	備考
※行が不足する場合は追加してください。			
⑦ その他の経歴（社外の業務表彰、その他）			

注1：④保有資格に記載した資格等については、その資格者証の写しを添付してください。

注2：⑥兼任する業務の状況については、該当する業務をもれなく記入してください。

業務の実施方針及び手法

(1) 商品構成 (全体構成の考え方)

(2) 特徴的な取組み提案

(3) 業務の運用手法

(4) その他の提案

注 1 : 業務全体のフロー図を添付してください。

注 2 : 行が不足する場合は追加してください。

様式第9号

平成 年 月 日

大洲市病院事業管理者 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

㊞

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザル 辞退届

「市立大洲病院入院時使用物品レンタル・提供業務」に係る公募型プロポーザルについて、参加申込書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

【連絡先】

部署名	
氏名（フリガナ）	
電話	
FAX	
E-mail	