（様式１）

質問書

業務名：美波町公立病院経営強化プラン策定支援業務

１．質問内容

令和　　　年　　　月　　　日

　住　　所

　　　　　　会 社 名

　　　　　　代 表 者

　担当部署

　　　　　　担 当 者

　　　　　　電話番号

　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　　電子ﾒｰﾙ

（様式２）

参加表明書

業務名：美波町公立病院経営強化プラン策定支援業務

　標記業務の参加について、参加表明書を提出致します。

　なお、契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者でないこと、並びに

添付資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

令和　　　年　　　月　　　日

徳島県海部郡美波町長　殿

（提出者） 住所

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者） 担当部署

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ

（様式３）

会社概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 資本金 | 千円 |
| 常勤職員数 | 人 |
| 主な業務内容  専門分野 |  |

※１ 会社の概要（会社の取組内容等）のわかるパンフレットや資料等があれば添付してください。

（様式４）

業務実績書

過去の病院支援計画等類似業務受注実績

【　　枚中　　枚目】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 業務名 |  |  |  |
| 契約金額 |  |  |  |
| 履行期間 | 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 |
| 発注機関名 |  |  |  |
| 業務概要 |  |  |  |

　※１　直近のものから順に記載し、必要な場合は、本様式を複写（コピー）して使用してください。

　　２　受注を確認できるものの写し（契約書等）及び成果品の概要を添付してください。

（様式５）

業務提案書

業務名：美波町公立病院経営強化プラン策定支援業務

　標記業務の参加について、業務提案書を提出致します。

令和　　　年　　　月　　　日

徳島県海部郡美波町長　殿

（提出者） 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者） 担当部署

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ

※１　提案内容については任意様式としますが、下記については必ず記載してください。

　　①美波町公立病院経営強化プラン策定の方向性と策定手法等について

　　②提案者が受注することによる本町へのメリット又は独自の取り組みのアピールポイント

（様式６）

実施体制

商号又は名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当する業務内容 | 役割 | 氏名・年齢・所属 |
|  |  | 氏名  （　　歳）  所属  所有資格 |
|  |  | 氏名  （　　歳）  所属  所有資格 |
|  |  | 氏名  （　　歳）  所属  所有資格 |
|  |  | 氏名  （　　歳）  所属  所有資格 |

※１　配置を予定している全員を記入してください。

２　所有資格の欄には所有資格、資格登録番号、取得年月日を記入してください。

３　記入欄が不足する場合は追加複写してください。

４　配置予定管理技術者は、一つの業務の主任技術者と兼ねることを妨げないものとします。