（様式１）

参加表明書

令和　年　月　日

愛媛県立中央病院長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者役職

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県立中央病院経営改善アドバイザリー業務委託にかかる企画提案に参加を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | | 内容 |
| 商号又は名称 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 担当者 | 氏名（フリガナ） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※　誓約書、会社概要及び既存の企業パンフレットを併せて提出すること。

（様式２）

誓約書

令和５年　月　日

　愛媛県中央病院長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者役職

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　下記の参加者の資格要件については、事実と相違ないことを誓約します。

記

（１）　愛媛県の製造の請負等に係る令和５～７年度競争入札参加資格登録者名簿に登録されている、若しくは契約の締結までに登録を得る見込みです。

（２）　地方自治法施行令第167条の４の規定（一般競争入札参加者の資格）のいずれにも該当しません。

（３）　愛媛県から競争入札の参加資格停止を受けていません。

（４）　会社更生法に基づく更生手続開始の申立て、民事再生法に基づく再生開始の申立て及び破産法に基づく破産手続開始の申立てがなされていません。

（５）　宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体、暴力団若しくは暴力団員の統制の下にある団体ではありません。

（６）　国内において過去３年間に類似業務の実績があり、提案しようとする業務を遂行するために十分な組織、人員、経営能力等を有しています。

（様式３）

会社概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | | | |
| 代表者名 |  | | | |
| 所在地 | 本社  （代表者住所） | | 〒  住所  電話番号 | |
| 愛媛県内  支社等 | | 〒  住所  電話番号 | |
| 設立年月日 |  | | | |
| 資本金 |  | | | |
| 直近の  年間売上高 |  | | | |
| 従業員数 |  | | | |
| 業務内容 |  | | | |
| ホームページ | 有 | URL： | | 無 |

（様式４）

|  |
| --- |
| 【 担当 】愛媛県立中央病院総務医事課調達係　岡崎  【送付先】FAX ：089-943-4136  ※FAX送信後、電話（089-947-1111）により受信確認を行うこと。 |

質問書

令和５年　月　日

愛媛県立中央病院経営改善アドバイザリー業務委託について、下記のとおり質問します。

＜質問者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

＜質問事項＞

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |
| 質問内容 |  |

※　質問は本様式１枚につき１問とし、簡潔に記載すること。（様式５）

令和　年　月　日

愛媛県立中央病院長　様

住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　 　 　　　　　 印

　愛媛県立中央病院経営改善アドバイザリー業務委託の企画提案募集実施要項に基づき、企画提案書を提出します。

（様式６）

仮見積書

令和５年　月　日

　愛媛県立中央病院長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者役職

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県立中央病院経営改善アドバイザリー業務委託についての見積りを下記のとおりとします。

記

見積価格：　　　　　　　　　　　　　円

（消費税及び地方消費税を含む。）