（様式１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委託事業名 | 愛媛県立新居浜病院コミッショニング業務 | | | |
| 令和　　 年 　　月　 日  愛媛県立新居浜病院長 様  実施要領に示された応募資格者の条件を満たしますので、愛媛県立新居浜病院コミッショニング業務にかかる企画提案について、企画提案書等関係書類を所定の期日までに提出します。 | | | | |
| 法人の名称 | |  | | （代表者印） |
| 代表者の職・氏名 | |  | | |
| 担当部署 | |  | | |
| 担当者の職・氏名 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| ＦＡＸ番号 | |  | | |
| E-mailアドレス | |  | | |
| 事業者のホームページアドレス | |  | | |
| 備考 | |  | （総務課受付印） | |

**プロポーザル参加意思表明書**

（様式２）

**会社概要**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称  代表者職氏名 |  | |
| 所　在　地 | 本社  (代表者住所) | 郵便番号  住　　所  電話番号 |
| 県内  支社等  (あれば記入) | 郵便番号  住　　所  電話番号 |
| 設立(結成)  年　月　日 | 年　　　月　　　日  (県内営業所等の設置年月日　　　年　　　月　　　日) | |
| 資　本　金 |  | |
| 直　近　の  年間売上高 |  | |
| 従業員数 | 人  (県内営業所等の社員数　　　　　人) | |
| 業務内容 |  | |
| 会社の特色  （認証取得等） |  | |

※既存の資料（会社パンフレット等）で同項目が網羅されている場合、これに代えることができるものとする。

（様式３）

受注実績報告書

令和　年　月　日

過去の企画運営業務の受注実績を以下のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 契約概要 | 発注者 | 契約日  契約金額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

１　公告日から過去５年間の実績を記入のこと。

２　国や地方公共団体等の実施がある場合は優先的に記載のこと。

３　５件以上ある場合は、契約金額の大きいものから上位５つを記載のこと。

４　記載した業務は、契約書の写しと実施内容が分かる資料を添付すること。

（様式４）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （事業者名）  商号又は名称 |  |
| （担当者）  部署・職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問内容 | 件名【　　　　　　　　　】 |

（様式５）

**企画提案書の提出書**

令和　　年　　月　　日

愛媛県立新居浜病院長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者

職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県立新居浜病院コミッショニング業務について、下記の書類を添えて企画提案書を提出します。

記

企画書

（様式６）

**費用見積書**

令和　　年　　月　　日

愛媛県立新居浜病院長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者

職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県立新居浜病院コミッショニング業務についての見積書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含む）

※見積に係る積算内訳を別途添付すること。（様式任意）

（様式７）

**参加辞退届**

令和　　年　　月　　日

愛媛県立新居浜病院長　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者

職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県立新居浜病院コミッショニング業務のプロポーザルについて、参加を辞退します。