大田市立病院

経営改革コンサルティング業務に係る

公募型プロポーザル実施要項

様　　式　　集

令和２年７月

大田市立病院

目　次

様式１ データ提供申請書 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

様式２　質疑票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

様式３　公募型プロポーザル参加資格確認申請書・・・・・・・・・・・　４

様式４　役員等名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５

様式５　会社概要及び事務担当者届・・・・・・・・・・・・・・・・・　６

様式６　見積書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７

様式７　委任状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

様式８　プレゼンテーション参加者届・・・・・・・・・・・・・・・・９

様式９　辞退届・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０

（様式１）

令和　　年　　　月　　　日

　　　大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

大田市立病院経営改革コンサルティング業務委託データ提供申請書

大田市立病院経営改革コンサルティング業務の公募型プロポーザルに係る企画提案書作成のために、各種データの提供について申請します。

なお、データ提供を受けた際は、下記遵守事項を厳守し、適正に管理することを約します。

記

【遵守事項 】

１　データとは、提供した本公募型プロポーザルに関する書面、電子媒体などに

よるものを問わない一切の情報をいう

　　　２　提供を受けたデータは大田市立病院経営改革コンサルティング業務の公募型　　プロポーザルに係る企画提案書作成以外の目的には使用しない。

　　　３　提供を受けたデータを厳重に管理し、紛失もしくは流出しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けたデータを紛失もしくは流出した場合は、

直ちに大田市立病院に連絡し、その指示に従うこと。

　　　４　提供を受けたデータを所持する必要がなくなったときは、速やかに当該データを廃棄すること。

（様式２）

（大田市立病院経営改革コンサルティング業務委託）

質　疑　票

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| 質問内容 |  |
| 会社名 |  |
| 所属・担当 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

　※質疑は、1項目ずつ別紙とすること。

（様式３）

令和　　年　　　月　　　日

　　　大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

大田市立病院経営改革コンサルティング業務

公募型プロポーザル参加資格確認申請書

令和２年７月１０日付けで公告のありました大田市立病院経営改革コンサルティング業務公募型プロポーザル参加資格について、下記の書類を添えて確認申請します。

　なお、下記の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４の規定に該当しない者であること。

２　会社更生法(平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立てがなされている者でないこと。

３　民事再生法(平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。

４　提出書類及び部数

　　　（１）登記事項全部証明書（発行日から３か月以内のもの）　　　　・・・　 １部

（２）財務諸表（決算報告書）（直近３期分）　　　　　　　　　　 ・・・　 １部

（３）大田市税の滞納がないこと又は納税義務がないことの証明書

（発行日から３か月以内のもの）　　　　　　　　　　　　 　・・・　 １部

（４）消費税及び地方消費税の滞納がないこと又は納税義務がないことの証明書

（発行日から３か月以内のもの）　　　　　　　 ・・・　 １部

（５）役員等名簿（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　・・・　 １部

（６）会社概要及び事務担当者届（様式５）　　　　　　　 　・・・　 １部

（７）その他

　　　　　コンソーシアムによる参加の場合は、（２）～（６）について構成員

すべての書類、及びコンソーシアム協定書の写し（1部）を添付すること。

（様式４）

令和　　年　　月　　日

大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二 様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

役　員　等　名　簿

　役員等が暴力団員又は暴力団員と密接な関係を有する者であるか否かを確認するため、島根県警察本部に対して、この名簿による照会が行われることに同意します。また、本書記載の内容は事実と相違ありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職名等 | 氏名（ふりがな） | 生年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

◎記載にあたっての注意事項

１．名簿記載対象者

（法人）常勤・非常勤にかかわらず、登記事項証明書のうち「役員に関する事項」欄に記載

されている者及び契約等の権限を委任するときは委任する支店又は営業所等の代表者

で役員以外の者

（その他の団体）法人の役員等と同様の責任を有する代表者、理事等及び契約等の権限を委

　　　　任するときは委任する支店又は営業所等を代表する者で代表者、理事等以外の者

（様式５）

会社概要及び事務担当者届

当社の会社概要及び経営コンサルティング業務の受注実績は以下のとおりです。

また、関係書類の提出や契約手続き、委託手数料請求など事務手続き担当者は次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 会社概要 |  |
| 受注実績 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号（内線番号） |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

　（注）会社概要はパンフレット等の提出でも差し支えない。

　（注）本業務にかかる担当者として1名を選任し、質疑等の窓口を一本化すること。

(様式６)

見　　積　　書

|  |
| --- |
| 大田市立病院経営改革コンサルティング業務　一式 |
| 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（上記金額には、消費税及び地方消費税の額は含みません）

 　　 　令和　　年　　月　　日

 大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式７）

委　任　状

令和　　年　　月　　日

大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

 委任者　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者を代理人と定め、「大田市立病院経営改革コンサルティング業務」に関し権限を委任します。

記

１．受任者　　住　　　　　　所

　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　 代表者氏名

２．委任する権限

（様式８）

令和　　年　　月　　日

　大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二 様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

プレゼンテーション参加者届

　１．参加者（所属、役職、氏名）

　２．使用機器

（様式９）

令和　　年　　月　　日

　大田市立病院

大田市病院事業管理者　西尾　祐二 様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

大田市立病院経営改革コンサルティング業務委託について、データ提供申請書もしくは参加資格確認申請書を提出しましたが、プレゼンテーションの参加を辞退します。

なお、提供されたデータについてはデータ提供申請書記載の遵守事項３により速やかに廃棄します。