大田市立病院

ホームページリニューアル業務委託プロポーザル実施要項

様　　式　　集

大田市立病院

（第１号様式）

　　　　　　　　　　　　　　　　　参加申請書兼誓約書

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）　大田市立病院

大田市病院事業管理者

（所在地）

　 （事業者名）

（代表者）　　　　　　　　 　　　　　　　印

令和7年９月９日付けで実施公告がありました「大田市立病院ホームページリニューアル業務委託プロポーザル」への参加を表明し、参加資格について確認されたく、別添書類を添えて申請します。

なお、実施公告及び実施要項で定められた参加資格要件を満たしていること並びにこの申請

書及び別添の関係書類の全ての記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。事業者に選定された場合には、提案書に記載した内容を実施します。

　添付書類

　　大田市立病院ホームページリニューアル業務委託プロポーザル実施要項　５．プロポーザル参加申請　（１）提出書類の②から⑤まで

【担当者連絡先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 電話番号 | | （　　　　　　）　　　　－ |
| FAX番号 | | （　　　　　　）　　　　－ |
| 電子メールアドレス | |  |
| 連絡担当者 | 所属・職名 |  |
| 氏名 |  |

（第２号様式）

**会　社　概　要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事業者名 |  |
| ２ | 代表者職氏名 |  |
| ３ | 所在地 |  |
| ４ | 電話番号 |  |
| ５ | FAX番号 |  |
| ６ | ホームページURL |  |
| ７ | 設立年月 | 年　　　　　　月 |
| ８ | 資本金（円） |  |
| ９ | 従業員数（人） | 人 |
| １０ | 事業内容 |  |
| １１ | 事業資格 |  |
| １２ | その他 |  |

（令和　　年　　月　　日現在）

（第３号様式）

**業務実績報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 業務名 |  | | |
| 発注者  （病床数） | （　　　　床） | 主担当者 |  |
| 業務期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 業務名 |  | | |
| 発注者  （病床数） | （　　　　床） | 主担当者 |  |
| 業務期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 業務名 |  | | |
| 発注者  （病床数） | （　　　　床） | 主担当者 |  |
| 業務期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |

※　本業務に類似する業務の受託実績を記載してください。（概ね200床以上の医療機関）

※　受託実績のわかるものを添付してください。

※　記入欄が足りない場合は、適宜行を追加してください。

(第４号様式)

**事業提案書類提出届**

**令和　　年　　月　　日**

（あて先）　大田市立病院

大田市病院事業管理者

（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会社名）

（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「大田市立病院ホームページリニューアル業務委託プロポーザル実施要項」に基づき、下記のとおり提案書類を提出します。

なお、提出書類の記載事項及び添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

記

　　　　　　　　　・提案書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１３部

　　　　　　　　　・見積書（第６号様式）　　　　　　　　　　　　 　１部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 電話番号 | | （　　　　　　）　　　　－ |
| FAX番号 | | （　　　　　　）　　　　－ |
| 電子メールアドレス | |  |
| 連絡担当者 | 所属・職名 |  |
| 氏名 |  |

（第５号様式）

**業　務　実　施　体　制**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経験年数 |  | 資格 |  |
| 役割・  担当業務 |  | | |
| 主な業務経歴 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ２ | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経験年数 |  | 資格 |  |
| 役割・  担当業務 |  | | |
| 主な業務経歴 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ３ | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経験年数 |  | 資格 |  |
| 役割・  担当業務 |  | | |
| 主な業務経歴 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ４ | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経験年数 |  | 資格 |  |
| 役割・  担当業務 |  | | |
| 主な業務経歴 |  | | |

※　配置予定者を全員記入してください。

※　総括責任者は、その旨を「役割・担当業務」欄に記入してください。

※　記入欄が足りない場合は、適宜行を追加してください。

（第６号様式）

**大田市立病院ホームページリニューアル業務委託**

**見　積　書**

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）大田市立病院

大田市病院事業管理者

　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （会社名）

（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

１．みだしの業務にかかる経費

　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円　（消費税及び地方消費税相当額を含む）

２．保守運用に係る経費（令和8年4月1日から令和9年3月31日まで）

金　　　　　　　　　　　　　　　　　円　（消費税及び地方消費税相当額を含む）

３．内　　訳

　　別紙「経費内訳書」　（自由様式）のとおり

（第７号様式）

**大田市立病院ホームページリニューアル業務委託プロポーザルに係る質問書**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問項目 | 具体的な質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

※記入欄が足りない場合は、適宜行を追加してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 電話番号 | |  |
| FAX番号 | |  |
| 電子メールアドレス | |  |
| 連絡担当者 | 所属・職名 |  |
| 氏名 |  |

(第８号様式)

**辞　退　届**

大田市立病院ホームページリニューアル業務委託のプロポーザルに参加することとしていましたが、参加を辞退します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）　大田市立病院

大田市病院事業管理者

　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （会社名）

（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 電話番号 | | （　　　　　　）　　　　－ |
| FAX番号 | | （　　　　　　）　　　　－ |
| 電子メールアドレス | |  |
| 連絡担当者 | 所属・職名 |  |
| 氏名 |  |