（様式第１号）

令和 　　年 　　月 　　日

高砂市病院事業管理者 様

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者職氏名

電話番号

メールアドレス

プロポーザル参加表明書

高砂市民病院売店運営事業に対し、必要な資料を添えて、公募型プロポーザルに参加することを表明します。

（様式第２号）

令和 　　年 　　月 　　日

高砂市病院事業管理者 様

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者職氏名

電話番号

メールアドレス

業 務 提 案 書

高砂市民病院売店運営事業者選定に係るプロポーザル応募要領に基づき、別添のとおり関係書類を添えて、業務提案書を提出します。

なお、記載内容は、事実に相違ありません。

（様式第３号）

氏名又は名称

関連業務実績表　病院売店

|  |  |
| --- | --- |
| 《病院名》 | |
| 《所在地》 | |
| 《形態》 （該当するものに○）  直営　・　委託 | 《病床数》 |
| 《開設日又は契約期間》 | |
| 《内容》 （施設概要及び販売品目） | |
| 《病院名》 | |
| 《所在地》 | |
| 《形態》 （該当するものに○）  直営　・　委託 | 《病床数》 |
| 《開設日又は契約期間》 | |
| 《内容》 （施設概要及び販売品目） | |
| 《病院名》 | |
| 《所在地》 | |
| 《形態》 （該当するものに○）  直営　・　委託 | 《病床数》 |
| 《開設日又は契約期間》 | |
| 《内容》 （施設概要及び販売品目） | |

（様式第４号）

令和　　　年 　　月 　　日

高砂市病院事業管理者 様

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

施設管理料見積書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設管理料（税抜き） | 円／月 |

（様式第５号）

令和 　　年 　　月 　　日

高砂市病院事業管理者 宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

担当者職氏名

電話番号

メールアドレス

現 場 説 明 等 参 加 申 込 書

高砂市民病院売店運営事業に係る現場説明及び現地案内に参加したいので申し込みます。

記

１　参加予定人数 　　　　　　　　　　　人

　（最大３人までとする）

２　希望日時　　　　　　　　第１希望　　令和　　年　　月　　　日　　　　　　　時から

　　　　　　　　　　　　　　　　第２希望　　令和　　年　　月　　　日　　　　　　　時から

* この様式の内容は、メールの場合は本文に同内容を入力してお知らせください。

また、現場案内は、平日９時から１７時までの間とします。