様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

高砂市病院事業管理者宛

　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者　部署

氏名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先

プロポーザル参加申請書

　下記の業務につきまして、プロポーザルに参加を希望しますので関係書類を添えて申請します。

記

１　件　　名　　　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業

２　事業期間　　　令和６年７月１日から令和１２年６月３０日まで

※「床頭台業務」又は「入院セット業務」のいずれかを再委託する場合は、様式第２号についても提出すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 受付印 |
|  |  |

様式第２号

プロポーザル参加事業者整理表

■代表事業者（当院との契約先）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当業務（該当に丸印） | 床頭台　　・　　入院セット |
| 住所又は所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者 | 部署 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |

■協力事業者（再委託を行う場合の再委託先企業）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当業務（該当に丸印） | 床頭台　　・　　入院セット |
| 住所又は所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者 | 部署 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

高砂市病院事業管理者宛

　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

誓　約　書

　「高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業」に係るプロポーザル審査に参加するにあたり、下記のとおり相違ないことを誓約いたします。

記

「高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業」に係るプロポーザル実施要領に掲げる参加資格を満たしています。

様式第４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

高砂市病院事業管理者宛

　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

企　画　提　案　書

　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業者選定プロポーザル実施要領、仕様書等に基づき、企画提案書及び添付資料を提出します。

記

１　件　　名　　　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業

２　事業期間　　　令和６年７月１日から令和１２年６月３０日まで

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

高砂市病院事業管理者宛

　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

関連業務実績表

　下記の業務につきまして、関連業務の実績について提出します。

記

１　件　　名　　　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業

２　事業期間　　　令和６年７月１日から令和１２年６月３０日まで

様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

見　　積　　書

高砂市病院事業管理者宛

　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業者選定プロポーザル実施要領、仕様書等に基づき、利用プラン毎の日額料金について、下記のとおり見積もります。

記

１　件　　名　　　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業

２　事業期間　　　令和６年７月１日から令和１２年６月３０日まで

３　見積価格

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 種類 | 見積価格（日額）（消費税相当額を含む） |
| 床頭台 | テレビ・冷蔵庫プラン | 金　　　,　　　円 |
| テレビプラン | 金　　　,　　　円 |
| 冷蔵庫プラン | 金　　　,　　　円 |
| 入院セット | 病衣・タオルプラン | 金　　　,　　　円 |
| 紙おむつプラン① | 金　　　,　　　円 |
| 紙おむつプラン② | 金　　　,　　　円 |

注意　金額は訂正しないこと。

様式第７号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

高砂市病院事業管理者宛

　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者　部署

氏名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先

高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業者選定プロポーザル実施要領等について、下記のとおり質問します。

記

１　質問箇所（資料名、項目名、番号等を必ず記入してください。）

２　質問内容

* 質問は、この様式によりメール又はファクシミリで提出してください。回答は全ての参加者に公開します。

件　　名　　　高砂市民病院床頭台・入院セット運営事業

事業期間　　　令和６年７月１日から令和１２年６月３０日まで