（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

公募型プロポーザル参加申込書

日野病院組合　管理者　﨏田淳一　様

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和7年１０月　日に公告された次の件について、公募型プロポーザルに参加したいので申込みます。

記

業務名：日野病院ホームページ再構築業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

（様式第２号）

**会　社　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年月 | 年 　　　　月 |
| 資本金（円） |  |
| 従業員数（人） | 人 |
| 業務内容 |  |
| 業務資格 |  |
| ホームページアドレス |  |

※従業員数は、令和７年４月１日現在のもの。

（様式第３号）

**業務実績調書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

※　記入欄が足りない場合は、適宜行を追加してください。

(様式第４号)

令和　　年　　月　　日

**日野病院ホームページ再構築業務企画提案書**

日野病院組合　管理者　﨏田淳一　様

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり提案書を提出します。

記

業務名：日野病院ホームページ再構築業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

（様式第５号）

**業務実施体制調書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

※　行は必要に応じて適宜行を追加してください。

（様式第６号）

令和　　年　　月　　日

**日野病院ホームページ再構築業務委託**

**見　積　書**

日野病院組合　管理者　﨏田淳一　様

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

見積金額

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

（注）

* 内訳明細書（事業別の経費内訳がわかるもの）を添付すること。
* 契約額は、原則として本見積額によるものとするが、特定した事業者との協議による業務内容の変更、業務量の増減等に伴い、改めて見積書の提出を依頼する場合がある。

（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

**質　問　書**

日野病院組合　管理者　﨏田淳一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　日野病院ホームページ再構築業務委託公募型プロポーザル方式企画提案に関して、以下のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問項目 | 質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

※必要に応じて、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 |  |

(様式第８号)

令和　　年　　月　　日

**辞　退　書**

日野病院組合　管理者　﨏田淳一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

日野病院ホームページ再構築業務に係るプロポーザルの参加を都合により辞退します。

（理由）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |