様式第１号

　　　年　　月　　日

川口市病院事業管理者　あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

プロポーザル参加申込書

　下記の業務について、プロポーザルの参加を申し込みます。

　なお、参加申込にあたり、実施要領に定められた参加資格を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

１　業務名 川口市立医療センター緊急情報伝達システム導入業務

|  |  |
| --- | --- |
| 【連絡先】 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

様式第２号

会社概要調書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 経歴・沿革 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員 | 役員(又は個人事業主) | 　　　　　　　名 |
| 正社員(又は専従者) | 　　　　　　　名 |
| パート・アルバイト等 | 　　　　　　　名 |
| 本社所在地 |  |
| 支店・営業所数 |  |
| 本業務を担当する支店等・所在地・責任者・連絡先 | 名称：所在地：責任者：電話番号：e-mail： |
| 業務内容 |  |
| 経営方針 |  |
| ホームページアドレス |  |

※従業員数は提出日現在で記載してください。

様式第３号

業務実績調書

平成３０年度から令和４年度までの間に実施した同種の業務（民間も含む）の実績について記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 契約金額 | 　　　　　　　　　　　　　円（税込） |
| 業務概要 |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 契約金額 | 　　　　　　　　　　　　　円（税込） |
| 業務概要 |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 契約金額 | 　　　　　　　　　　　　　円（税込） |
| 業務概要 |  |
| 特記事項 |  |

※業務継続中の場合は、契約期間欄に「　年　月　日～現在継続中」と記載のこと。

様式第５号

　　　年　　月　　日

川口市病院事業管理者　あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

質問書

川口市立医療センター緊急情報伝達システム導入業務について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 川口市立医療センター緊急情報伝達システム導入業務 |
| 資料名 |  |
| 項目 |  |
| 質問内容 |  |

注：質問がない場合は、質問書の提出は不要です。

　　質問内容が複数となる場合は、適宜追加してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【連絡先】 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

# 様式第６号

　　年　　月　　日

川口市病院事業管理者　あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

プロポーザル辞退届

　下記の業務について、都合によりプロポーザルへの参加を辞退します。

記

１　業務名 川口市立医療センター緊急情報伝達システム導入業務

|  |  |
| --- | --- |
| 【連絡先】 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |