（様式１）

松江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

参加表明書　兼　誓約書

（あて先）　松江市病院事業管理者

令和　　年　　月　　日

（所在地）〒

　 （事業者名）

（代表者）　　　　　　　　 　　　　　　　印

松江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参加を希望しますので、参加表明書を提出します。

また、松江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

「３　参加資格」を満たしており、提出した書類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誠実に実行します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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２）

**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３）

**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。

※　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４)

**提　案　書**

松江市立病院ホームページリニューアル業務委託の提案書を提出します。

提案内容は別紙のとおりです。

令和　　年　　月　　日

（あて先）　松江市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |

（様式５）

**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。

（様式６）

**松江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）松江市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

（様式７）

**松江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 |  |

(様式８)

**辞　退　届**

松江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）　松江市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |