

(様式第1号)

平成 年 月 日

高砂市病院事業管理者 様

所在地

氏名または名称

代表者職・氏名

⑩

担当者職・氏名

電話番号

E-mail

プロポーザル参加表明書

高砂市民病院売店(日用品)運営事業

標記事業に対し、必要な資料を添付し、業務提案書を期日までに提出することを表明します。

(様式第2号)

平成 年 月 日

高砂市病院事業管理者 様

所在地

氏名または名称

代表者職・氏名

印

担当者職・氏名

電話番号

E-mail

業 務 提 案 書

高砂市民病院売店(日用品)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、記載内容は事実と相違ありません。

氏名または名称 _____

関連業務実績表 病院売店(日用品含む。)

《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、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、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、販売品目)	

(様式第4号)

平成 年 月 日

高砂市病院事業管理者 宛

氏名または名称

担当者職・氏名

電話番号

E-mail

現場説明等参加申込書

高砂市民病院売店(日用品)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します。

記

1. 参加予定人数 名
(最大3名までとする)

2. 希望日時 第1希望 平成30年 月 日 時～

第2希望 平成30年 月 日 時～

※ 様式第4号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、売店(日用品)が開店している平日8時から15時30分までの間とします。