様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　高砂市指名競争入札参加資格者名簿の登録内容に限る。

担当者　氏名

　　　　　　　　　　連絡先　住所

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

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　　　物品管理業務委託

２　委託期間　　　平成２９年１０月１日から平成３２年９月３０日まで

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

様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　高砂市指名競争入札参加資格者名簿の登録内容に限る。

企　画　提　案　書

　高砂市民病院物品管理業務委託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　　　物品管理業務委託

２　委託期間　　　平成２９年１０月１日から平成３２年９月３０日まで

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　高砂市指名競争入札参加資格者名簿の登録内容に限る。

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　　　物品管理業務委託

２　委託期間　　　平成２９年１０月１日から平成３２年９月３０日まで

様式第４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　高砂市指名競争入札参加資格者名簿の登録内容に限る。

　高砂市民病院物品管理業務委託プロポーザル実施要領、仕様書等に基づき、業務委託料総額について、下記のとおり見積もります。

記

１　件　　名　　　物品管理業務委託

２　委託期間　　　平成２９年１０月１日から平成３２年９月３０日まで（３６箇月）

３　見積価格

　　　　　　　　金　　　　,　　　　,　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（消費税相当額は含まない。）

注意　金額は訂正しないこと。

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　高砂市指名競争入札参加資格者名簿の登録内容に限る。

　　　　　　　　　　担当者　氏名

　　　　　　　　　　連絡先　電話番号

高砂市民病院物品管理業務委託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、この様式によりファクシミリにて提出してください。回答は、全ての参加者に公開します。

件　　名　　　物品管理業務委託

委託期間　　　平成２９年１０月１日から平成３２年９月３０日まで